



Kwaliteitszorg in de Mantelzorg- ondersteuning

Project: *De goede dingen, goed doen!*

Opdrachtgever
Projectuitvoerder
Afstudeer begeleiders
Afstudeerproject

: Steunpunt voor Mantelzorgers OZL
: Silvano Cima 2055960
: W.Goossens & S.Sporcken
: HsZuyd MWD-DTO 4, 2008 - 2009

Voorwoord

Het SCP neemt in haar laatste onderzoek (de Boer 2009, pg. 28, noot1) een begripsbepalingstrategie ter hand, door gebruik te maken van de hits die Google geeft. Zij zeggen dat het begrip informele zorg 100.000 en het begrip mantelzorg 400.000 hits geeft. Dit is de aanleiding om te spreken van mantelzorg in plaats van informele zorg in het gehele onderzoek.

Praktisch gezien geeft het begrip mantelzorg voor de **mantelzorgers (MZ)** niet zomaar herkenning.

Om deze methodiek voort te zetten heb ik verschillende vormen van zorg aan een Google hit strategie onderworpen:

- informele zorg	147.000
- mantelzorg	418.000
- vrijwillige zorg	501.000
- buddy zorg	83.800
- vrijwillige palliatieve zorg	36.500
- gebruikelijke zorg	374.000

Ik zal hieraan geen conclusies verbinden. Het is een mooi gegeven om deze scriptie te openen.

Enkele one-liners die gedurende het project inhoud hebben gekregen:

- Kwaliteit, datgene doen wat geschreven staat en datgene wat geschreven staat, doen.
- De goede dingen goed doen.
- Effectiviteit en efficiency de basisingrediënten van kwaliteit.
- Structuren, processen, protocollen en richtlijnen omringen het containerbegrip kwaliteitszorg.
- De papieren tijger

Als afstuderende maatschappelijk werker is het een uitdaging om me als maatschappelijk werker/kwaliteitsmedewerker te mogen profileren. De kans die het steunpunt me geboden heeft om hieraan te werken en een bijdrage te leveren voor de toekomst, is een grote extrinsieke motivator, die gaandeweg het project verbeterd is op persoonlijk individueel niveau.

De grote hoeveelheid werk is vooraf door mij onderschat en hebben me af en toe een sterk gevoel van onzekerheid gegeven.

Wat heeft kwaliteit met mij te maken?

Als startende deeltijdstudent in 2005 op de Hoge school Zuyd, ben ik tijdens mijn eerste stage bij Impuls, bekend geraakt met het werken volgens een kwaliteitsmodel (HKZ). Mijn tweede jaar stage werd wederom bij Impuls ingezet en ook dat jaar is kwaliteit ruim aan de orde geweest en is mijn interesse in kwaliteitszorg gegroeid. Verschillende vakken heb ik kunnen relateren aan kwaliteit op de opleiding in de laatste twee jaar. Zo zijn de module "action learning", "case management" en "onderzoeksmethoden" licht aangezet met kwaliteitszorg, waarbij reflectie op mijn handelen ook vanuit die optiek vorm kreeg.

In 2007 werd me gevraagd om zes maanden te komen werken bij het steunpunt. Als derdejaars student zijn verschillende rollen van werknemer, stagiair en student met veel motivatie en gretigheid ingevuld.

Het vierde en tevens het laatste jaar op de Hoge School Zuyd is afgesloten met een module "kwaliteitszorg" waar ik op voorhand niet van op de hoogte was, echter in het licht van mijn afstuderen is geïmplementeerd in het project als toetsmoment.

In juni 2008 werd het steunpunt benaderd om mee te dingen naar een subsidie betreffende kwaliteitszorg. Helaas is het steunpunt buiten de boot gevallen en zijn acht organisaties gekozen om te gaan werken aan kwaliteitszorg. Na goed overleg met de coördinator van het steunpunt is besloten mijn afstuderen aan dit thema te wijden.

Note: door de gehele scriptie worden de woorden "mantelzorger" en "mantelzorgers" vervangen door: **MZ**

Samenvatting

Waar gaat het over?

In het begin van de scriptie laat ik zien dat er nog een lange weg te gaan is om informele zorgers goed en adequaat te ondersteunen, vooral als je de aantallen ziet. De verschillende veranderingen in de professionele zorg alsook de bezuinigingen op allerlei fronten, geven voor de toekomst een somber beeld als het gaat om goede zorg aan je naaste.

Ik zal er geen doekjes om winden de 250 aangesloten lidorganisaties van Mezzo, kampen ieder jaar weer met de aanvragen van de nieuwe subsidies. De noodzaak van mantelzorgondersteuning is bekend en landelijk via een wettelijk kader onderstreept. Het doel van kwaliteitsdenken in de informele zorg, kan mogelijk voor de toekomst een genormeerde legitimatie worden voor de subsidiënten met als doel gestructureerde en geformaliseerde geldstromen voor langere termijnen.

Uitleg wordt gegeven over wat het sociologische aspect is van mantelzorg en de maatschappelijke waarde van deze vorm van zorg. Gezien de huidige tendensen en veranderingen in de professionele zorg komt een groot deel terecht bij een grote groep mensen, die door verschillende oorzaken in de levensloop, informele zorgers (MZ) worden. Het is geen appél of pamflet, echter is het nodig om eens goed uiteen te zetten dat deze vorm van zorg gezien moet worden als een groot maatschappelijk belang. En decompenseert daarbij ook op gigantische wijze de druk op de begrotingsnota die gaat over de zorgstaat die Nederland op dit moment is.

Verder ga ik uitgebreid in op het project en de totstandkoming ervan. Volgens verschillende stappen, geef ik uitleg over en analyseer ik verschillende aspecten die essentieel zijn om projectmatig te werken. De meeste projecten zijn bij voorbaat gedoemd tot mislukken. M.i. is de reden daarvoor, dat het merendeel van de projectuitvoerders een te snelle besluitvorming (beslismoment) willen bewerkstelligen om toch maar het project binnen te halen. Landelijk zijn er vele voorbeelden, waar projecten na een tijd worden gestopt en de burger opdraait voor de emotionele, materiele en financiële schade. Gelukshalve is dit een project dat op geen van de bovengenoemde gebieden schade heeft berokkend en de vooraf geplande eindstreep heeft gehaald.

Vervolgens laat ik zien wat men onder kwaliteit, kwaliteitszorg en kwaliteitsmodellen verstaat, om het uiteindelijke model voor de informele zorgondersteuning (mantelzorgondersteuning) te presenteren.

Een verkennend vooronderzoek naar de waardering, de ervaring en de tevredenheid van MZ, dat is afgenomen, komt in hoofdstuk 4 ruim aan bod.

Als laatste verantwoord ik dit project naar de opleiding en de opdrachtgever en geef ik de verworven competenties een blijvende plek in mijn nieuwe gereedschapskist. Tijdens het lezen van deze scriptie moet worden opgemerkt dat er duidelijke productpunten tussen het geheel zijn geïmplementeerd, waarin ik laat zien wat de projectresultaten zijn. Het is een nieuwe manier van verslaglegging en tot stand gekomen na overdenking en analyse van de laatst gekregen feedback. Mogelijk ga ik over de grens, echter mijn valkuil veilig vooruit zijn is geen optie voor mij.

Welk resultaat heeft het opgeleverd?

In de zorg ligt de tendens, dat de maatschappelijk werkers vaak tegen het vraagstuk aanlopen “hoe moeten we ons opstellen als maatschappelijk werker binnen samenwerkingsverbanden, multidisciplinaire teams, organisaties, instellingen, overstijgende overleggen en projecten?”

Als functionaris van het Steunpunt voor Mantelzorgers en afstuderende maatschappelijk werker, neem ik de sector gezondheidszorg.

Artsen, psychologen, verpleegkundigen, therapeuten etc. nemen door hun deskundigheid een dominante positie in en oefenen grote invloed uit binnen de besluitvorming in een multidisciplinair team of overleg op meso en beleidsmatig op macro niveau.

De medische en paramedische disciplines hebben een stevige positie door de legitimering van het praktisch handelen vanwege de centrale plaats van wetenschap in het medisch handelen. Wat ons, methodisch, doelgericht en specifiek handelen zonder resultaatgericht meten in een benarde positie kan manoeuvreren.

Een maatschappelijk werker bevindt zich in een andere rang binnen deze verschillende hiërarchieën. De plaats die we innemen wordt vaker als minder ervaren. Wij maatschappelijk werkers zien ons hierdoor in de positie van underdog geplaatst en reageren daardoor vooral op wat gebeurt. Waarin het

eigenlijk zo moet zijn dat wij als een proactieve werker zelf initiatieven zullen moeten ontplooiën met betrekking tot het verdere verloop van het hulpverleningsproces. Pragmatische en eclecticische deskundigheid in wisselwerking met de omgeving is onze expertise en misschien onze enige persoonlijke individuele legitimering.

De vraag dient zich aan of deze positionering terecht is en zo niet wat is ons dan als maatschappelijk werkers te doen om legitimering in verschillende multidisciplinaire overleggen en verbanden te optimaliseren, te verbreden, te verruimen en te verankeren in de maatschappij. Deze scriptie laat zien dat kwaliteitsdenken, waarin toetsen, resultaatgericht meten en evalueren van belang zijn, een toevoeging kan zijn in de legitimering van je handelen op de verschillende niveaus, met verschillende processen en in de verschillende samenwerkingsrollen.

Welke conclusie trek ik hieruit?

Ik ben een communicatief handelende werker en vertoef graag in de leefwereld. Ik sta het liefst in de modder en kijk van daaruit naar de systeemwereld die steeds dichterbij komt, en zijn macht laat gelden in mijn domein van maatschappelijk werker. Waar het zo moet zijn dat mijn vaardigheden en competenties volgens de Hoge school Zuyd, voldoende legitimatie moeten geven om alle cliënten in elke situatie en in wisselwerking met hun omgeving, te helpen. Sinds de jaren zestig is men gretig op zoek naar de legitimatie van de maatschappelijk werker. Ik kan na dit project spreken over maatschappelijk werk in het perspectief van kwaliteitszorg en reflectie op uitvoeringsniveau, met de competentie om mijn handelen te legitimeren volgens vooropgestelde eisen en normen vanuit het beroepsprofiel. Met als extra: legitimering op persoonlijk, situationeel en maatschappelijk niveau via kwaliteitsdenken. Deelname als individueel hulpverlener aan de discussie "kwaliteitszorg" zal mijn legitimatie vergemakkelijken en kan mij als professional in mijn verdere carrière body geven.

Date: 20 mei, Heerlen: MeanderGroep 2009.

Inhoudsopgave

Voorwoord	blz.2
Samenvatting	blz.3
Hoofdstuk 1. Informele zorg m.n. Mantelzorg	blz.7
Inleiding	blz.8
1.1 Limburg en Parkstad Oostelijk Zuid Limburg	blz.10
1.2 Knelpunten in de toekomst voor informele zorg	blz.10
1.3 Het mogelijke antwoord "CIZOP"	blz.11
Samenvatting	blz.11
Hoofdstuk 2. Projectfasering	blz.12
2.1 Het doel van het steunpunt	blz.13
2.1.1 De basisfuncties van mantelzorgondersteuning	blz.13
2.2 De oriëntatiefase	blz.14
2.2.1 Probleemanalyse	blz.14
2.2.2 Situatieanalyse	blz.15
2.2.3 Positieanalyse	blz.15
2.2.4 Activeringsmogelijkheden	blz.16
2.2.5 Succeskans	blz.17
2.3 De definitiefase	blz.18
2.3.1 De probleemformulering	blz.18
2.3.2 De doelen en de drie producten van het project	blz.18
2.3.3 De projecteisen	blz.19
2.4 De strategiefase	blz.19
2.4.1 De factoranalyse	blz.20
2.4.2 Netwerkanalyse	blz.21
2.4.3 Netwerktekening	blz.22
2.4.4 Diepgaande analyse per actor	blz.22
2.4.5 Tussendoelen	blz.24
2.5 De ontwerpfase	blz.24
2.5.1 Het mijlpalenplan	blz.25
2.5.2 Activiteiten en tijdsduur	blz.26
2.5.3 GOTIKA	blz.27
2.6 De uitvoering en nazorg	blz.28
Samenvatting	blz.28
Hoofdstuk 3. Kwaliteit en mantelzorgondersteuning	blz.29
3.1 Kwaliteitszorg	blz.30
3.2 De vijf benaderingen volgens Garvin	blz.30
3.3 De verbetercyclus	blz.32
3.4 Kwaliteitsmodellen	blz.32
3.4.1 De functie van een model	blz.33
3.5 Het steunpunt en kwaliteitszorg	blz.33
3.5.1 Achtergrond	blz.34
3.6 Grafische weergave van het kwaliteitsmodel	blz.34
3.6.1 Korte beschrijving van het kwaliteitsmodel	blz.34
3.7 Grafische weergave van het sturingsmodel	blz.35
3.7.1 Het sturingsmodel	blz.36
3.8 Werken met kwaliteitsindicatoren	blz.36

3.9	Het uitvoeringsmodel (deelgebied 1. Primair proces)	blz.36
3.9.1	Directe mantelzorgondersteuning	blz.37
3.9.2	Expertise en vertegenwoordiging	blz.37
3.10	Enkele opmerkingen over en verschillen tussen HKZ en Mezzo	blz.38
	Samenvatting	blz.39
	Product 1: Quickscan	blz.40 t/m 41
	Product 2: Het primaire proces van het steunpunt	blz.42 t/m 55
	Hoofdstuk 4. Vragerraadpleging (cliënttevredenheid onderzoek)	blz.56
	Tevens: Product 3.	
4.1	Theoretische onderbouwing van het onderzoeksinstrument	blz.57
4.1.1	Doelstelling en vraagstelling	blz.58
4.1.2	Het onderzoeksplan	blz.58
4.1.3	Beschouwing van het onderzoeksinstrument	blz.59
4.2	Algemene kenmerken geëquireerden	blz.59
4.2.1	Algemene vragen	blz.60
4.2.2	Toegang en bereikbaarheid	blz.62
4.2.3	Begeleiding en werkwijze	blz.63
4.2.4	Diensten en afronding	blz.65
4.2.5	Klachten	blz.65
4.3	Opmerkingen van de respondenten	blz.66
	Samenvatting / Einde product 3.	blz.67
	Hoofdstuk 5. Verantwoording	blz.68
	Inleiding	blz.69
5.1	Stap 1: De taakgebieden volgens N. Jagt	blz.69
5.2	Stap 2: De verworven competenties	blz.70
5.3	Stap 3: Reflection after action	blz.72
	Nawoord	blz.72
	Woordenlijst	blz.73
	Literatuurlijst	blz.78
	Bijlagen:	
	- Vragenlijst van product 3.	blz.81
	- SPSS tabellen van product 3.	blz.90
	- De papieren tijger	blz.98
	- Beoordeling opdrachtgever C.Crutzen	blz.100

1

Informele zorg
m.n. Mantelzorg

Inleiding

Nederland telt naar schatting bijna vier miljoen (SCP 2003) mensen die in meer of mindere mate zorgen voor zieke familieleden, vrienden of burens. Zij helpen hen in de thuissituatie, in het ziekenhuis, verzorging- of verpleeghuis. MZ nemen een groot deel van de zorg voor hun rekening en vormen daarom een onmisbare schakel in de gezondheidszorg.

MZ ervaren hun taak heel verschillend. Veel MZ kunnen de zorgtaken goed in het eigen leven integreren en putten voldoening uit de zorgverlening. Maar er zijn ook MZ die problemen ondervinden, bijvoorbeeld door het in toenemende mate moeilijk onderhouden van sociale contacten en daardoor in een sociaal isolement terecht komen. Veel MZ combineren de zorgtaak met een baan en/of de zorg voor hun gezin.

Het mechanisme MZ

Het is een bekend gegeven dat het verlenen van mantelzorg op den duur kan leiden tot een zware (psychische en of fysieke) belasting van de MZ. Sterker nog, zowel in de media als in beleidsnota's worden de beide begrippen nogal eens in één adem genoemd (De Boer 2005, kijk op informele zorg). In de meeste gevallen is het zorgen voor familie en verwanten geen overwogen keuze, maar iets waar men inrolt. Of anders geformuleerd: het gebruikelijke sociale contact gaat geleidelijk over in het verlenen van hand- en spandiensten, wat vervolgens vaak weer leidt tot het overnemen van steeds meer taken. Op zich is daar meestal niets mis mee, temeer omdat die zorg met grote vanzelfsprekendheid wordt verleend. Maar er zit ook een keerzijde aan, omdat gaande weg en vaak onopgemerkt ook de belasting van die zorgverlener toeneemt. De druk op de MZ kan na verloop van tijd zelfs dusdanig groot worden, dat het hem gaat belemmeren in zijn of haar functioneren als ondersteuner en in rollen op andere terreinen. Dit sluipende verschijnsel noemen we de *mantelval* (bron: de Boer 2005, de mantelval).

Het abstracte begrip belasting van de MZ zegt op zich weinig over wat er met die (over)belaste helpers aan de hand is. Dat maakt het weer moeilijk om gericht beleid ter voorkoming van overbelasting te ontwikkelen. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) daarom gevraagd het begrip te verhelderen.

Onder mantelzorg wordt verstaan: 'de hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt verleend aan personen uit het sociale netwerk die (door welke oorzaak dan ook) vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben.' Het gaat om zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven en waarbij de zorg rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie tussen hulpverlener en de hulpbehoevende oudere, gehandicapte of zieke. Een MZ is iemand die meer dan 8 uur per week zorg en hulp verleent en een intensieve MZ doet dat langer dan 3 maanden achtereen (bron: SCP).

De wettelijke norm die in de WMO en de AWBZ als grens gebruikt tussen gebruikelijke zorg en mantelzorg is drie maanden. Een hiaat in deze wet en regelgeving. Deze scriptie zal hier verder niet op ingaan.

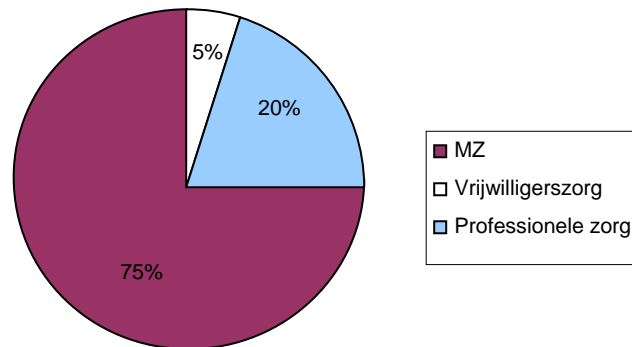
De cijfers

In Nederland zijn 3,7 miljoen mensen die voor een ander zorgen. Ongeveer 750.000 mensen zorgen meer dan acht uur per week en langer dan drie maanden. Tussen de 150.000 en 200.000 van deze MZ voelen zich zwaar belast of zelfs overbelast. Dit zijn de MZ die vaak 24 uur per dag zorgen voor zorgbehoeftigen. Jaarlijks zijn er ruim 12.000 vrijwilligers actief bij de Vrijwillige thuishulp, waarmee een breed aanbod voor een breed scala doelgroepen gerealiseerd wordt (bron: de Boer 2003, de Boer 2009).

MZ en vrijwilligers

Mantelzorg en vrijwillige thuiszorg zijn twee vormen van informele hulpverlening die nauw met elkaar samenhangen. Van deze twee omvat mantelzorg verreweg het grootste gedeelte van de zorg. Landelijk gezien wordt 75% van de zorg verleend door mz, 5% door vrijwilligers en 20% van de

zorgverlening wordt ingenomen door de professionele hulpverlening. Het belang van mantelzorg blijkt groot en het vormt de basis van de zorgverlening.



Bron: Provincie Limburg mei 2008, van elkaar voor elkaar

Note: Vrouwen zijn vaker mantelzorger dan mannen, 58% tegenover 42% (bron: de Boer 2003).

MZ onderscheiden zich van vrijwilligers doordat zij zorg bieden vanuit een al bestaande relatie en niet vanuit een georganiseerd verband. Daarnaast ligt een duidelijk onderscheid in de mate waarin MZ en vrijwilligers al dan niet kunnen kiezen voor de taken die zij verrichten. Vrijwilligerswerk is een duidelijke persoonlijke keuze van mensen; mantelzorg overkomt iemand meestal.

Mantelzorg en het georganiseerde vrijwilligerswerk in de zorg wordt samen informele zorg genoemd. Daarmee wordt voornamelijk het onbetaalbare karakter van de zorg uitgedrukt.

Als **80%** van alle zorg thuis wordt verleend door MZ en vrijwilligers, praten we hier over mogelijk een bedrag van tussen de **4,5 en 7 miljard euro** besparing voor de staat met betrekking tot professionele zorg.

De overheid is zich van dit laatste steeds meer bewust. Mede hierdoor heeft de ondersteuning van MZ en vrijwilligers met de komst van de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) een wettelijke grondslag gekregen. Omdat de uitvoering van deze wet bij gemeenten ligt, zijn gemeenten primair verantwoordelijk voor de ondersteuning van MZ en vrijwilligers (prestatieveld 4). In het kader van deze scriptie wil ik laten zien dat de breed gedragen noodzaak van kwalitatief goede ondersteuning aan deze doelgroep van essentieel belang is.

1.1 Limburg en Parkstad Oostelijk Zuid Limburg

Naar schatting zijn ruim 150.000 mensen in Limburg MZ gedurende meer dan 8 uur per week en/ of langer dan 3 maanden.

Demografisch gezien heeft de regio Oostelijk Zuid-Limburg een speciale positie waar het de vergrijzing betreft. Dit heeft uiteraard ook gevolgen voor de vraag naar en het aanbod van informele zorg. Immers is tweederde van de zorgbehoevende ouder dan 65 jaar, de helft van hen is zelfs al boven de 80 jaar. In de vertaalslag vanuit de landelijke cijfers is deze demografische uitzonderingspositie niet meegenomen.

Cijfers Mantelzorg 2008

	Nederland	Limburg	Parkstad Limburg +
bevolking totaal	16.450.000	1.131.938	254.528
onbetaalde zorgers (21,28%)	3.500.000	240.876	54.164
MZ (10,33%)	1.700.000	116.929	26.293
intensieve MZ (4,65%)	765.000	52.635	11.836
zwaar belaste MZ (1,76%)	289.000	19.922	4.480

Gemeente	Aantal inwoners	Geschat aantal mz	Geschat aantal intensieve MZ	Geschat aantal zw. belaste MZ	Aantal MZ (per 31-12-2008)	Laatste cijfers 22/4/2009
Brunssum	29.729	3.071	1.382	523	195	204
Heerlen	89.678	9.264	4.170	1.578	558	585
Kerkrade	48.325	4.992	2.247	851	242	256
Landgraaf	38.748	4.003	1.802	682	256	272
Nuth	15.844	1.637	737	279	86	90
Onderbanken	8.241	851	383	145	58	61
Simpelveld	11.206	1.158	521	197	88	85
Voerendaal	12.757	1.318	593	225	58	63
Totaal	254.528	26.294	11.835	4.480	1.541	1.642

Bron: SMZ/coördinatie/cijfers 2008

Bronnen/herkomst cijfers:

- Bevolkingsaantallen Nederland en Limburg: www.cbs.nl / www.limburg.nl
- Bevolkingsaantallen Parkstad Limburg / gemeenten: www.parkstadmonitor.nl / www.nuth.nl
- Landelijke cijfers mantelzorg: www.scp.nl (SCP 2007)
- Percentages en berekeningen regionale cijfers: Steunpunt voor Mantelzorgers

De bovenstaande tabellen laten zien dat de doelgroep in Parkstad vele male groter is dan dat het steunpunt in zes jaar heeft weten te registreren, te ondersteunen en te begeleiden (laatste twee kolommen in de tweede tabel). Kwaliteitszorg kan mogelijk subsidiënten motiveren extra gelden vrij te maken voor extra ureninzet vanuit het steunpunt met als doel MZ te ondersteunen die momenteel draagkracht verliezen door de mantelzorg die ze geven.

1.2 Knelpunten in de toekomst voor informele zorg

De druk op de informele zorgers is de laatste jaren sterk toegenomen en zal alleen maar toenemen; er komen steeds meer ouderen die bovendien steeds ouder worden. Steeds meer vrouwen werken buitenshuis en kunnen mantelzorg niet voldoende meer inrichten en zijn daardoor langzamerhand de dominante positie aan het verliezen. Tevens is het overheidsbeleid is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen.

Tegelijkertijd wil de overheid de arbeidsparticipatie verhogen om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen. Vrouwen moeten meer deelnemen aan de arbeidsmarkt en ouderen langer doorwerken. Deze beleidsvoornemens staan op gespannen voet met het voorgenomen grotere beroep op MZ en vrijwilligers.

Vrouwen zijn van oudsher de grootste leverancier van mantelzorg en ook prominent aanwezig in het vrijwilligerswerk in de zorg. Vitale ouderen gelden - naast jongeren - als een potentieel voor vrijwilligerswerk in de zorg. De groep 50-70 jarigen verricht ongeveer 40 % van de totale hoeveelheid onbetaald werk in Nederland. Zij besteden hieraan gemiddeld 3,5 uur per week, iets meer dan de jongere generaties.

Daarnaast is er een toenemende behoefte aan ontplooiing, het opdoen of blijvend benutten van vaardigheden, het leggen van sociale contacten merkbaar bij (potentiële) vrijwilligers. Vrijwilligerswerk zal moeten zien aan te sluiten bij diverse leefstijlen, wensen en behoeften, willen mensen bereid zijn zich als vrijwilliger in te zetten.

De verzakelijking in de zorg maakt dat beroepsmatige hulpverleners vaak het gevoel krijgen minder aan hun kernactiviteiten toe te komen. Deze negatieve consequenties, die voor beroepskrachten gelden, kunnen versterkt gelden voor vrijwilligerswerk. Aangezien de belangrijkste drijfveer voor vrijwilligers plezier in het werk is, kan verzakelijking uitstroom van vrijwilligers tot gevolg hebben. De verhoging van de eisen die aan hun competenties worden gesteld, verhoogd de druk op vrijwilligers.

(bron: www.vilans.nl – Trends en ontwikkelingen)

Ook demografisch en beleidsmatig zijn er een aantal knelpunten in de toekomst voor informele zorg:

- de toename aan de behoefte aan informele zorg
- de dreigende bezuiniging van de overheid op WMO voorzieningen en AWBZ zorg
- de afname van de beschikbaarheid en de vergrijzing van MZ en vrijwilligers.

1.3 Een mogelijk antwoord “CIZOP”

Het Centrum voor Informele Zorg Ondersteuning in Parkstad Limburg is een samenwerkingsverband van het Steunpunt voor Mantelzorgers, Ruggesteun KLS en de Oppas/Thuishulpcentrale (sinds kort Ruggesteun Heerlen) en Buddyzorg Limburg.

Met de samenwerking kunnen deze partijen beter tegemoet komen aan de steeds grotere vraag naar ondersteuning op het gebied van mantelzorg en vrijwillige thuishulp voor zieken, mensen met een beperking, eenzame ouderen en MZ. Door samen te werken kunnen meer kwaliteit, efficiëntie én continuïteit geboden worden in de ondersteuning van informele zorgers. Tevens wordt samengewerkt aan beheersing van de kosten en aan 1 front-Office, waarmee toegankelijkheid en bereikbaarheid vergroot kunnen worden. Het Toon Hermans Huis is dit jaar door een convenant aangeschoven. Samen vormt het CIZOP sinds 2009 een poot: Informele zorg bij Meander Zorggroep Zuid Limburg.

Samenvatting

De verbinding tussen mantelzorg, vrijwillige zorg (samen informele zorg) en gebruikelijke zorg is in dit hoofdstuk gelegd. Het mechanisme mantelzorg en de verschillen met het vrijwilligerswerk zijn inzichtelijk gemaakt.

De verschillende aspecten die van invloed zijn op de noodzaak van wet en regelgeving, met de daarbij behorende ondersteuning aan deze groep zorgers, zijn uiteengezet. De mogelijke knelpunten voor de toekomst, demografisch, beleidsmatig en politiek zijn kort aan de orde geweest.

Verder is aangetoond wat de landelijke aantallen voor Limburg en dan vooral voor Parkstad betekenen. Het probleem dat de meeste MZ, zichzelf niet herkennen als zodanig en daarbij voorbij gaan aan de mantelval, kan m.i. mogelijk één van de oplossingen het CIZOP zijn. In het volgende hoofdstuk zal ik me projectmatig bezig houden met het fenomeen mantelzorgondersteuning en wat kwaliteit zorg in de ondersteuning van informele zorgers kan betekenen.

2

Projectfasering

Inleiding

Tijdens de opleiding MWD is projectmatig werken gedoceerd en wel op verschillende manieren. Mijn (on)geluk is, dat ik deze materie volgens Geert Groote e.a. heb mogen beleven. De opleiding echter, geeft Leida Schuringa de voorkeur. Tijdens dit project heb ik beiden bestudeerd en kan daardoor een switch maken tussen die twee. Gezien de omvang en de tijdsinvestering die dit project vergt, is onderstaand hoofdstuk dominant door Schuringa doorweven. Het doel is om een duidelijke eigen zienswijze te geven hoe dit project tot stand is gekomen en structuur heeft gekregen. Mantelzorgondersteuning in één adem noemen met kwaliteitszorg is nieuw.

Legitimeren, toetsen en normaliseren van mijn eigen handelen op uitvoeringsniveau is voor mij als beginnend maatschappelijk werker een uitdaging.

2.1 Het doel van het steunpunt

Het doel van mantelzorgondersteuning binnen het Steunpunt voor Mantelzorgers Parkstad is, het creëren van een situatie waarin de MZ zo lang mogelijk en zonder overbelasting in staat zijn mantelzorg te leveren (zie paragraaf 3.5)

2.1.1 De basisfuncties van mantelzorgondersteuning

De antwoorden op de vragen en behoeften van MZ zijn vaak individueel maatwerk. Daarom is een gevarieerd pakket aan ondersteuning nodig, dat aansluit bij de grote diversiteit aan situaties en vraagstukken. De ondersteuning dient eraan bij te dragen dat draaglast en draagkracht van MZ zo goed mogelijk in evenwicht zijn. Uit het totaalpakket kiezen MZ, waar mogelijk, vanuit eigen regie de passende ondersteuning.

Het pakket van functies waar MZ gebruik van kunnen maken omvat:

- Informatie en advies
- Begeleiding
- Emotionele steun
- Educatie
- Praktische hulp
- Respijtzorg
- Ondersteuning bij financiële tegemoetkoming
- Materiële hulp

(bron: *Mantelzorgparkstad.nl*)

Beneden wordt de functie mantelzorgondersteuning in vier onderdelen kort toegelicht

1. Informatie en advies: Het steunpunt geeft informatie en advies met betrekking tot ziekten/aandoeningen; lichamelijke en emotionele gevolgen hiervan; voorzieningen en regelingen in de (professionele) zorg. Het steunpunt geeft antwoord op individuele vragen; verzamelt relevante gegevens en brengt deze in kaart; organiseert themabijeenkomsten; organiseert groepswork en korte cursussen voor MZ (en vrijwilligers).

2. Praktische steun: Om overbelasting bij MZ te voorkomen of te verminderen wordt ten eerste directe individuele ondersteuning geboden, door de MZ praktische adviezen aan te reiken rondom het zorgen voor een ander. Ten tweede wordt bemiddeld bij het verkrijgen van hulpmiddelen en voorzieningen, die praktische steun aan MZ kunnen bieden.

Als laatste bemiddelt het steunpunt bij de inzet van vrijwilligers en anderen, als noodzakelijk is dat tijdelijk of voor langere tijd een gedeelte van de zorg overgenomen wordt van de MZ (respijtzorg). Dit is mogelijk door samenwerking met vrijwilligersorganisaties en professionals in de zorg.

3. Emotionele steun: MZ ondervinden vaak weinig erkenning voor hun taken rondom het zorgen voor de ander. In veel gevallen komt de zorg voor een zieke of gehandicapte neer op de schouders van één persoon; dit is de centrale verzorger. Deze MZ wordt vaak niet helemaal begrepen door zijn

omgeving en krijgt weinig waardering en erkenning voor de uitvoering van allerlei zorgtaken. Juist deze waardering, erkenning en aandacht van naasten voor de situatie, waarin de MZ vaak onverwacht terecht is gekomen, is van wezenlijk belang om zorg vol te houden. Het bieden van een luisterend oor en het tonen van begrip, kan helpen om de draagkracht van de MZ te vergroten. Daarnaast zijn er natuurlijk meer MZ die in een vergelijkbare situatie zitten en kan onderling contact de MZ steunen. Het steunpunt biedt bij emotionele ondersteuning niet alleen individuele gesprekken maar ook diverse mogelijkheden tot lotgenotencontact aan.

4. Samenwerken: Samenwerking is opgenomen in zowel het beleidsrapport 2007 en in de visie nota van het CIZOP. Dit om in de toekomst de positie van mantelzorg beter te kunnen waarborgen en om tegemoet te komen aan de richtlijnen van subsidiegevers. De aard van deze samenwerking kan variëren van het invullen van een achterwachtfunctie of coördinatiefunctie voor andere organisaties (vanuit diverse verbanden in de regionale samenleving), tot het verstrekken van informatie aan burgers over de mogelijkheden van mantelzorg en vrijwillige thuiszorg en het creëren van meer inzicht in de problemen die MZ tegenkomen. De aard en inhoud van deze taken krijgt vorm door goed overleg en samenwerking.

2.2 De oriëntatiefase ‘wat is er aan de hand?’

Kwaliteit van dienstverlening wordt een steeds belangrijker thema gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen. Cliënten willen weten wat zij van onze organisatie kunnen en mogen verwachten. Financiers vragen ons om inzichtelijk te maken wat we doen. Mezzo de landelijke overkoepelende organisatie, ondersteunt daarom lidorganisaties om een kwaliteitsmodel via een richtlijn te beschrijven en te implementeren voor ons eigen kwaliteitsbeleid (zie paragraaf 3.6).

2.2.1 Probleemanalyse ‘wat is voor wie waarom een probleem/wenselijk?’

Schuringa (bron: L. Schuringa 2005) spreekt in haar boek wat mensen of organisaties problematisch of wenselijk vinden. Kwaliteit zal ik daarom scharen onder wat op micro, meso, en macro niveau momenteel wenselijk wordt geacht. Groote 2005 gaat strak en zakelijk met deze vraagstelling om en charmeert mij hiervoor, omdat ik analytisch ben ingesteld.

Ik moet Leida de voorkeur geven, omdat zij de menselijke factor binnen agogische projecten sterk blijft benadrukken, waar Groote (bron: Groote e.a. 2005) achterblijft.

Als eerste zet ik op een rijtje wie er betrokken zijn bij de oplossing van het probleem of wie er betrokken zijn om de wenselijke situatie tot stand te brengen, vervolgens stel ik mijzelf de vraag wat de wenselijke situatie is en waarom dit wenselijk is.

Wie?

Momenteel werken we bij het steunpunt met het stroomschema van Mezzo vanuit de visie van het EIZ “vliegwiel” Mantelzorgondersteuning. De verschillende onderdelen in het primaire proces en het sturingsmodel, zoals het kwaliteitsmodel omschrijft, worden wel gehanteerd maar zijn niet geformaliseerd. Er zijn richtlijnen maar geen formele protocollen.

De expertise, de ervaring en de verantwoordelijkheid van de HBO geschoolde werknemers waarborgen op dit moment de kwaliteit van het product “mantelzorgondersteuning”.

Als opdrachtgever vindt het steunpunt het wenselijk dat ook onze organisatie kwaliteitszorg gaat voeren volgens vooropgestelde richtlijnen van Mezzo.

Wat?

De huidige toestand van de kwaliteit die door het steunpunt wordt geleverd is niet transparant en er wordt gewerkt met een informele handleiding. Om dit probleem op te lossen stelt het steunpunt zich de vraag: Hoe gaan we kwaliteitszorg implementeren, evalueren en waarborgen

Waarom?

- we kunnen in de toekomst inzichtelijk maken wat we doen op micro, meso en macroniveau
- we moeten een toetsingskader bieden voor de kwaliteit van het aanbod
- de gemeenten, beleidsparticipanten, financiers en inhoudelijke samenwerkingspartners vragen in de toekomst naar transparantie, verantwoording en naar de productie
- het steunpunt ontkomt er niet aan, om te gaan werken volgens een kwaliteitsmodel
- de eigen kwaliteit van ondersteuning zal in de toekomst permanent bewaakt, getoetst, geborgd en verbeterd moeten worden, wil je als steunpunt mee blijven doen in de subsidiestromen
- methodisch, systematisch werken in de uitvoering en het management
- kwaliteitsdenken verankeren in de bedrijfsvoering, om een sterke partner voor in de toekomst te blijven

2.2.2 Situatietanalyse ‘wat zijn de feiten?’

Hoofdstuk 3 geeft een volledige uiteenzetting over de ontwikkeling van kwaliteitszorg in de mantelzorgondersteuning en de noodzaak om als steunpunt mee te doen aan kwaliteitszorg. Sinds 1996 is er een grote toename van kwaliteitszorg binnen de sector ‘Zorg’. Deze ontwikkeling heeft zich de laatste jaren explosief doorgezet in alle vormen van zorg-dienst-en hulpverlenende instanties en organisaties en is momenteel ook voor de informele zorgondersteuning (mantelzorgondersteuning) van toepassing. Om niet achter te blijven is het steunpunt sinds 2008 via dit project nauw betrokken geraakt bij de voorfase van het invoeren van een landelijk kwaliteitsmodel dat gaat gelden voor 250 lidorganisaties in de informele zorgondersteuning.

2.2.3 Positieanalyse ‘wie kunnen welke rol spelen?’

Hier geef ik aan welke verschillende partijen (actoren) te maken hebben met de totstandkoming van de wenselijke situatie. Het gaat hier om de specifieke kenmerken overzichtelijk uit te werken naar het probleem (de wenselijkheid), de oplossing en het initiatief van de verschillende partijen.

De probleemdragers

Parkstad gemeenten (subsidiënten van het steunpunt)

De acht gemeenten van Parkstad subsidiëren het steunpunt jaarlijks sinds de invoering van de WMO(2007). Indien wij een goede partner voor prestatieveld vier van de WMO, in het beleid van de gemeenten willen blijven, moet er gewerkt worden aan kwaliteitszorg. Gemeenten gaan mogelijk in 2010 harde cijfers en resultaten vragen van eenieder die in dit prestatieveld werkzaam is. Het steunpunt kan het zich niet meer niet meer veroorloven om producten en diensten zonder toetsing en resultaten te blijven uitvoeren. Zonder kwaliteitszorg zal de gemeente je positie niet meer serieus nemen. Gemeenten streven ernaar dat alle participerende organisaties op het gebied van welzijn, gecertificeerd en jaarlijks getoetst worden. De laatste notitie van de VNG en het ministerie VWS, beschrijft duidelijk de verschillende functies van mantelzorgondersteuning en refereert naar het kwaliteitsmodel.

Steunpunt voor Mantelzorgers Parkstad

Als lidorganisatie van Mezzo is het steunpunt genoodzaakt om een begin te maken met kwaliteitszorg.

De doelgroep MZ

Herkenning en erkenning zijn twee van de meest belangrijkste aspecten bij de ondersteuning van mz. Zonder meetbare en toetsbare resultaten vanuit deze doelgroep, is het bestaan voor het steunpunt op langere termijn onmogelijk.

De oplossingsinstanties

MeanderGroep Zuid Limburg

Verschillende onderdelen bij de MeanderGroep zijn gecertificeerd. Ook vanuit de directie is de noodzaak aanwezig om het steunpunt te laten certificeren.

MeanderGroep: MaDi Nuth

Deze deelorganisatie is 18 december 2008 HKZ gecertificeerd en is voor dit project een belangrijke actor. Toestemming om gebruik te kunnen maken van het handboek zal mijn deskundigheid vergroten. Ervaring en advies vanuit die organisatie in de persoon van dhr. Curfs geven mij extra reflectie momenten gedurende het project.

Vilans Utrecht

Deze actoren houden zich bezig met tevredenheidsonderzoeken en zijn medio 2008 gestart met een eigen project 'vragerraadpleging'. Vilans ondersteunt lidorganisaties met het ontwikkelen van de vragerraadpleging en heeft een landelijke begeleidingscommissie gevormd. Het belang van Vilans is dat Mezzo deze actor heeft gevraagd om met behulp van hun expertise een project op te starten, om lidorganisaties te ondersteunen. Het gaat hier ook om een geldelijk belang vanuit Vilans, waarin Mezzo de opdrachtgever is.

Landelijke begeleidingscommissie 'vragerraadpleging'

Als lid van deze commissie kan ik meepraten op landelijk niveau over het ontwikkelen van een standaard onderzoek voor MZ, vrijwilligers, werknemers en buddy's.

Mezzo Bunnik

De landelijke overkoepelende organisatie is trekker van de gehele visie rondom kwaliteitszorg voor haar lidorganisaties. Tevens organiseert Mezzo landelijke bijeenkomsten over kwaliteit van waaruit ervaringen van de organisaties worden gedeeld die momenteel kwaliteitszorg invoeren. Ik als medewerker van het steunpunt neem deel aan deze bijeenkomsten, omdat Mezzo op de hoogte is van mijn afstuderen en mijn ervaringen over de invoering van het kwaliteitsmodel welke input vindt.

Silvano Cima (projectuitvoerder)

Tijdens het afstuderen zet ik kwaliteitszorg op de kaart binnen het steunpunt en zal een beginpunt afleveren van waaruit verdere invoering en implementatie zullen volgen tot aan de certificatie in 2011.

De initiatiefnemende instellingen

Mezzo Bunnik

Als landelijke overkoepelende organisatie, hebben zij de eerste aanzet van kwaliteitszorg voor de informele zorgondersteuning in 2006 besproken, onderzocht, geanalyseerd en vormgegeven.

Steunpunt voor Mantelzorgers Parkstad

Het steunpunt is bekend met de wenselijkheid van deze materie en is daarom ook gemotiveerd als opdrachtgever.

2.2.4 Activeringsmogelijkheden

De startsituatie met betrekking tot de activering van de verschillende partijen (probleemdragers) wordt in onderstaande paragrafen verduidelijkt. Schuringa spreekt hier over "social problems en social issues".

Er is iets aan te doen, levert iets op

Als functionaris van het steunpunt is verantwoording afleggen over de hulpverlening zonder vastomlijnd kader onmogelijk. Het legitimeren van je handelen, het toetsen, het registreren en het verbeteren kan in de toekomst, met het beschrijven van de structuren en de processen. Die kunnen als onderligger gebruikt worden, op micro, meso en macro niveau en veranderingen teweeg brengen (bv. extra subsidies vrij maken, je concurrentie positie verbeteren, kwaliteitsdenken borgen in de organisatie etc.).

De doelgroep MZ (vragers) zal door dit project actief betrokken worden in de verbetering van het aanbod en de ontwikkeling van nieuw aanbod. Vraaggerichtheid zal door het project verbeterd worden. Aangezien het steunpunt ook inziet dat het voeren van een kwaliteitsmodel wenselijk is voor

in de toekomst, zijn alle medewerkers momenteel actief en gemotiveerd in het eigen maken van het kwaliteitsmodel.

Aanpak van het probleem (wenselijke situatie) verenigt mensen en zaait geen verdeeldheid

De gemeenschappelijke noemer voor dit project betreft de normalisatie van de inhoudskwaliteit en de systeemkwaliteit. Van hieruit zal vanzelfsprekend het beoogde kwaliteitsniveau geëxpliciteerd worden, daarmee de gerealiseerde kwaliteit inzichtelijk gemaakt zijn, waar mogelijk de kwaliteit van het dienstenaanbod en de uitvoering verhogen. Eenvoudig gezegd: het steunpunt gaat het kwaliteitsmodel invoeren volgens verschillende stappen.

Het probleem treft velen

Vanuit deze optiek gaat het om 250 lidorganisaties in de informele zorgondersteuning, die momenteel geen kwaliteitsmodel voeren en daardoor op de concurrentiemarkt, zonder certificatie, in de toekomst minder perspectief hebben om voort te kunnen bestaan. Het project zal het steunpunt een goede startpositie geven, als het gaat om de invoering, de implementatie en de toetsing van het te voeren kwaliteitsmodel.

Er leven sterke emoties rond dit probleem

Weerstand van de collega's binnen het steunpunt is van te voren voorzien bij de start van het afstudeerproject. In het algemeen willen medewerkers zich vaker niet verantwoorden hoe ze werken. Reflectie op je handelen via het kwaliteitsmodel roept weerstand op. De kunst is het om kwaliteit door de medewerkers niet te zien en te beleven als eindproduct maar als een intrinsieke motivatie.

Het probleem is eenvoudig samen te vatten

Het voeren van een kwaliteitsmodel door het steunpunt zal in de toekomst een vereiste worden. Gemeenten en subsidiënten vragen en beoordelen je hierop. Achterblijven zal je voortbestaan mogelijk gaan belemmeren.

Mensen willen iets doen

De genoemde actoren willen zich actief inzetten om het steunpunt te ondersteunen en te begeleiden naar een organisatie die in 2011 gecertificeerd is en jaarlijks getoetst kan worden op de kwaliteit van mantelzorgondersteuning. De direct betrokkenen (het team) zijn bekend met en ingelicht over de verschillende actoren en zijn daardoor actieve en gemotiveerde deelnemers geworden van het project. Van weerstand naar acceptatie.

2.2.5 Succeskans

Landelijk is men bezig om informele zorgorganisaties, volgens HKZ e.a. afgeleide modellen, tot kwaliteitszorg te stimuleren. Gezien de maatschappelijke veranderingen en de op macro niveau gerichte beleidsnormen ten aanzien van certificatie, kan het steunpunt Parkstad niet achterblijven op het gebied van kwaliteit. Dit project snijdt aan twee kanten, het geeft het steunpunt een goede beginpositie, als het gaat om deskundigheid, bekendheid, inzicht en implementatie van het landelijk te gaan voeren kwaliteitsmodel. De ander zijde van het project zal mijn deskundigheid, competenties en vaardigheden als kwaliteitsmedewerker vergroten met daarbij een goede positionering als functionaris, om de andere samenwerkingspartners (OTC, Ruggesteun, Buddyzorg en het Toon Hermans Huis) te ondersteunen in kwaliteitszorg.

De opdrachtgever geeft dit project voldoende mogelijkheden om van start te gaan (zie: Cima, S., *Afstudeervoorstel, bijlage:contract opdrachtgever, HsZuyd, Sittard 2008*).

Besluit

Er zijn voldoende mogelijkheden om het gesignaleerde probleem (wenselijke situatie) projectmatig aan te pakken. In samenwerking met Mezzo en het steunpunt heb ik dit project opgezet.

2.3 De definitiefase 'wat wordt de inzet van het project'

In paragraaf 2.2 zijn de eerste gegevens verzameld over het thema van het project en is zicht verkregen op de manieren waarop de direct betrokkenen het probleem of de wenselijke situatie definiëren. Nu ga ik me richten op het definiëren van een heldere probleemomschrijving.

2.3.1 De probleemformulering

Ongewenste situatie: doorgaan met het product "Mantelzorgondersteuning" zonder vastomlijnd kader en zonder kwaliteitszorg volgens het kwaliteitsmodel.

Gewenste situatie: Het omgekeerde van de ongewenste situatie. De inhoudskwaliteit en de systeemkwaliteit formaliseren en implementeren. Een begin maken met het invoeren van het kwaliteitsmodel zoals in hoofdstuk 3 zal worden beschreven.

2.3.2 De doelen en tevens de drie eindproducten van het project

In deze scriptie worden onderstaande drie onderdelen afzonderlijk met ruime aandacht en onderbouwing besproken. De opsomming is bedoeld om gaandeweg de scriptie herkenningpunten aan te brengen, zodat de materie over kwaliteitszorg en het afgenomen onderzoek mogelijk inzichtelijker worden.

1. **Een quickscan** (nulmeting) uitvoeren.
2. **Het primaire proces** beschrijven en formaliseren.
3. **Een vragerraadpleging** afnemen.

Projectafbakening (scope)

Datgene wat niet wordt meegenomen in het project, of waar het project zich niet mee bezig houdt, moet worden beschreven. Hierdoor wordt het project begrensd kan er achteraf geen onduidelijkheid meer bestaan over het wel of niet een bestanddeel zijn van het project.

Beneden worden belangrijke aspecten puntsgewijs volgens Schuringa beschreven.

Gebied

Het steunpunt is één van de landelijke steunpunten en is verantwoordelijk voor de ondersteuning aan MZ in de acht parkstad gemeenten (Kerkrade, Heerlen, Landgraaf, Brunssum, Onderbanken, Nuth, Simpelveld/Bocholtz en Voerendaal)

Onderwerp

Deelgebied 1: Het primaire proces en deelgebied 2: Resultaten van het kwaliteitsmodel. De overige deelgebieden worden licht besproken maar zijn geen onderdeel van dit project (zie hoofdstuk 3 paragraaf 3.7.1, pg.36).

Doelgroep

Het project richt zich alleen op de kwaliteitszorg met betrekking tot de doelgroep 'MZ' en niet op de vrijwilligers en buddy's zoals het gehele kwaliteitsmodel beoogt. Tevens zal het project zich richten op de medewerkers van het steunpunt en niet op de samenwerkingspartners(ketenpartners). Een bepaalde groep MZ is via de vragerraadpleging naar de waardering, de ervaring en de tevredenheid over het steunpunt, bevraagd door middel van een enquête.

Invalshoek

Het accent ligt op het uitvoeringsniveau. Dit om een beginpunt te creëren via het kwaliteitsmodel om vervolgens na het afstudeerproject door te gaan met de beschrijving en implementatie van het gehele kwaliteitsmodel en in 2011 gecertificeerd te worden als steunpunt.

Oplossingsgerichte en educatieve doelen

Beide soorten doelen vormen het grove raamwerk. In de ontwerpfase voeg je daar de bijbehorende strategieën toe; de interne educatieve strategie en de externe oplossingsgerichte strategie.

De oplossingsgerichte (externe strategie)doelen van dit project zijn concreet:

1. Er is een quickscan (nulmeting) met behulp van de werknemers, het digitale instrument van Mezzo en de projectuitvoerder uitgevoerd en besproken met het team.
2. Er is een primair proces beschreven en voorhanden met bijlagen en methodes.
3. Een vragerraadpleging is afgenomen en van commentaar en analyses voorzien.

Het educatieve doel (interne strategie)van dit project:

Alle werknemers zijn bekend met het kwaliteitsmodel van Mezzo en met het primaire proces van het steunpunt, om vervolgens te starten met kwaliteitsdenken binnen het steunpunt.

2.3.3 De projecteisen

In deze beginfase(definitiefase) moet snel duidelijk zijn wat de verschillende randvoorwaarden, kwaliteitseisen en beperkingen ten aanzien van het project zijn. Het project ontwikkelt en vormt zich naarmate de tijd verstrijkt. Door deze aspecten te overdenken wordt het proces van het project bevorderd. Ik zal kort de vier aspecten benoemen en beschrijven.

De randvoorwaarden

- Gedegen onderzoek over kwaliteit en analyse van het kwaliteitsmodel Mezzo
- Opstellen van een binnen het steunpunt gedragen vragenlijst
- Deskundigheidsbevordering van de projectuitvoerder over interne processen, protocollen en richtlijnen
- Uitvoeren van een nulmeting
- Kennis van het HKZ model en de ISO 9000-serie
- Goed geplande tijdsinvestering
- Communicatie binnen het steunpunt moet optimaal zijn

De ontwerpbeperkingen

- De implementatie en beschrijvingen van het model op alle gebieden is onmogelijk binnen de tijd van het project
- Het aantal respondenten voor het onderzoek is vooraf niet te bepalen
- Sociaal wenselijke antwoorden zijn niet uit te sluiten in het onderzoek

De kwaliteitseisen

- Het beschreven primaire proces versie 1.0 voldoet aan de landelijke normen en eisen van het model, omvat alle criteria en kan geïmplementeerd worden
- De analyse van de raadpleging geeft een weergave van de kwaliteit die het steunpunt heeft geleverd
- Het project draagt bij aan de verbetering van het product mantelzorgondersteuning.

De meetbaarheid

Een tweede quickscan maakt inzichtelijk wat het project heeft opgeleverd.

2.4 De strategiefase

De ongewenste situatie is al beschreven onder **2.2.1** en **2.3.1**. Ik zal verdergaan met een nadere uitleg van de gewenste situatie.

De gewenste situatie nader toegelicht.

Mezzo wil haar lidorganisaties ondersteunen bij de kwaliteit van hun dienstverlening. Het thema kwaliteit heeft een bijzondere urgentie gekregen vanwege de WMO, die ertoe leidt dat de lidorganisaties zich moeten profileren in het licht van het lokale welzijnsbeleid. Kwaliteitssystemen als

ISO en HKZ zijn vooral gericht op een goede inrichting en beheersing van de primaire en ondersteunende processen. In de zorgsector groeit echter de behoefte aan gezamenlijke normen voor inhoudskwaliteit.

Daarnaast is er een ontwikkeling dat organisaties willen verduidelijken waar de samenleving als geheel op kan rekenen. In de publieke sector gaat het vooral om specificaties van de prestaties die de samenleving mag verwachten in ruil voor subsidies.

Kwaliteit is de goede dingen doen en die dingen goed doen. Kwaliteitssystemen helpen om dit te realiseren. Keurmerken en modellen hebben tot doel om aan klanten, ketenpartners en financiers garanties te geven voor de gerealiseerde kwaliteit.

2.4.1 De factoranalyse

Als je van deze ongewenste situatie naar de gewenste situatie wilt gaan is het noodzakelijk om de verschillende factoren en actoren die van invloed zijn in kaart te brengen. Uit de definitiefase is gebleken wat de inzet van het project is. In deze paragraaf wil ik ingaan op de belemmerende en bevorderende factoren en de netwerkanalyse. Via deze analyse kom je mogelijke tussendoelen op het spoor.

Belemmerende factoren:

- De grote inspanning en uren inzet vooraf in verband met vormgeven, onderzoeken, deelname aan landelijke dagen, deskundigheid verwerven en plannen.
- Consensus bereiken over methodieken, modellen en gebruikte stroomschema's om te komen tot een primair proces versie 1.0. Door de verschillende achtergronden van de medewerkers, zijn er competenties ontwikkeld volgens andere methodieken. Kwaliteit moet gelinkt worden aan gebruikte methodieken. Ik gebruik de MWD methodes en zal hierover verantwoording moeten afleggen.
- Weerstand van de werknemers. Legitimeren is voor velen niet gebruikelijk. Wil je kwaliteit leveren moet reflectie op je handelen en het toetsten van je handelen bespreekbaar gemaakt worden. Om deze vervolgens blijvend te implementeren in je dagelijkse hulpverlening.
- Medewerking van alle actoren. Op voorhand is dit niet te bepalen. Gaandeweg het project zal duidelijk worden of alle actoren dezelfde kant op kijken.

Bevorderende factoren:

- Het project beoogt een beginpunt te maken om de kwaliteit van het steunpunt te toetsen en te formaliseren
- Het project zal de deskundigheid van kwaliteitszorg bevorderen bij elke werknemer.
- Het eerste onderzoek zal gegevens voortbrengen over de ervaring, waardering en de tevredenheid van MZ over het product mantelzorgondersteuning Parkstad.
- Het onderzoek kan als hulpmiddel gebruikt worden om een gedegen verantwoording naar de subsidiënt mede vorm te geven.
- Het project zal bevorderen dat kwaliteitszorg binnen het steunpunt gevoerd wordt volgens het landelijke kwaliteitsmodel.
- Het project levert een schakel op binnen het vormen van landelijke benchmarking.
- Mijn eclectisch werken zal intensief verbeterd en getoetst worden.
- Het verder doorzetten van kwaliteitszorg binnen geheel CIZOP zal vergemakkelijkt worden.
- Ik zal deskundiger worden in het projectmatig werken.

Hieronder geef ik elke actor in de netwerkanalyse een positie in het project. Betekenisvolheid zet ik tegenover de handelingsbereidheid van elke actor. Van daaruit kan ik me gaan richten op de invloed van elke actor afzonderlijk.

2.4.2 Netwerkanalyse

Actor	Betekenisvol	Handelingsbereid
Silvano Cima (Student en medewerker Steunpunt)	ja	ja
Marjan Boumans (consulente Steunpunt)	ja	ja
Millie Simons (administratief functionaris Steunpunt)	ja	ja
Corinna Crutzen (coördinator Steunpunt)	ja	ja
Marjolein Herps, Jeroen Zomerplaag (medewerker kwaliteit en zorg Vilans Utrecht)	ja	ja
Karin Verbeek & Marja Veltman (beleidsmedewerkers Mezzo)	ja	ja
Wiel Curfs (Manager Meander maatschappelijke ondersteuning)	ja	ja
Ed Breukers (regiodirecteur Meander)	ja	ja
Landelijke begeleidingscommissie Mezzo 'vragerraadpleging'	ja	ja
HsZuyd Sittard (Wim.Goossens, Sybille Sporken, Ruud Loeffen)	n.v.t.	n.v.t.

2.4.3 Netwerktekening

De onderstaande netwerktekening laat de verschillende verbanden en richtingen zien waarop het project of de actor invloed heeft. Het is een overzichtelijke impressie waarin het project zich beweegt.

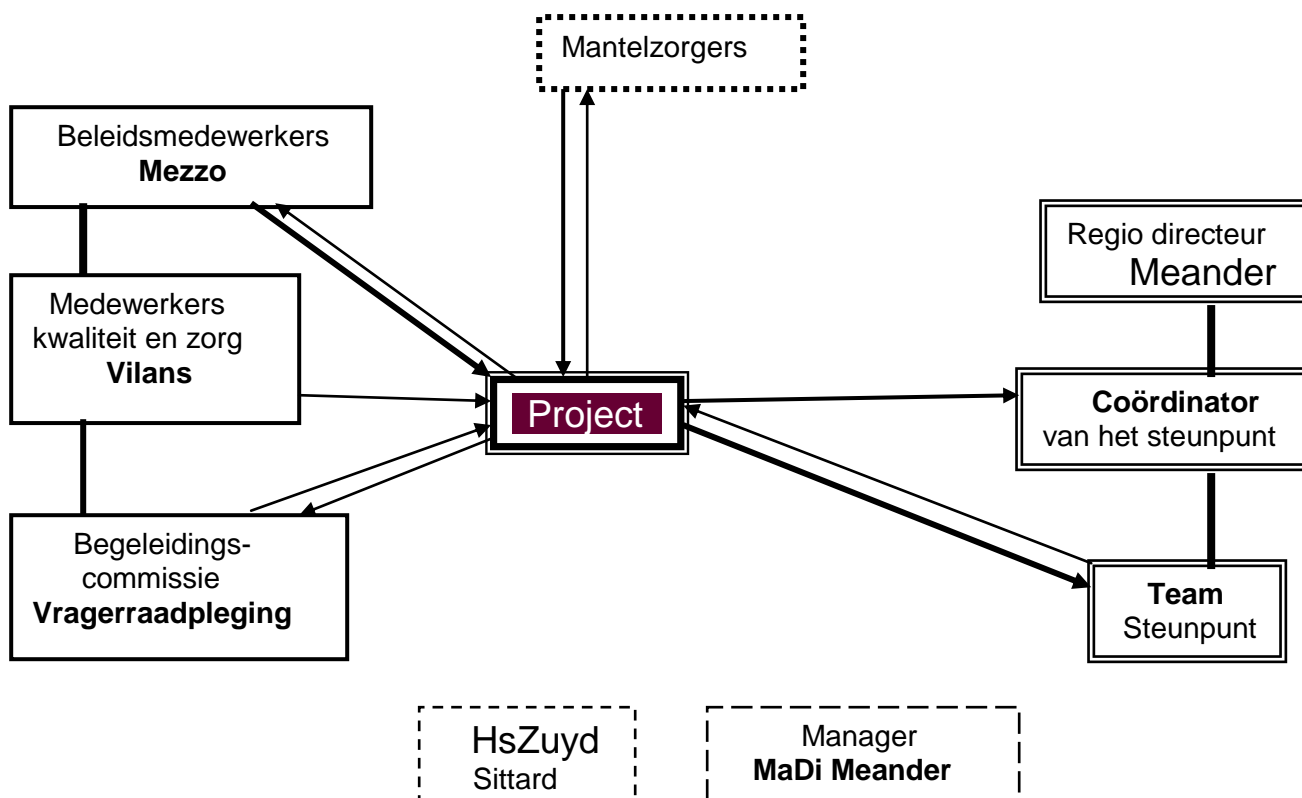


Fig.2.4 netwerktekening van het project

2.4.4 Diepgaande analyse per actor

Bij het maken van een diepgaande analyse zijn een aantal zaken van belang. Ik bekijk per actor welke probleemdefinitie hij of zij heeft met betrekking tot het probleem (wens). Welke belangen spelen bij het wel/niet realiseren van de centrale doelstelling. Over welke hulpbronnen beschikt hij en hoeveel invloed en macht heeft hij over de andere actoren. In de tabel op de volgende pagina heb ik alle actoren en analyses bijeengebracht.

Actor	Probleem definitie	Belangen	Hulpbronnen	Invloed/macht
Marjan Boumans (consulente Steunpunt)	Ondervindt op uitvoerend niveau, veranderingen	Deskundigheid en competentie-ontwikkeling	Expertise en ervaring	Heeft invloed op de beschrijving en implementatie
Millie Simons (administratief functionaris Steunpunt)	Signaleert de processen binnen het steunpunt	Kan gebruikmaken van geformaliseerde processen	Administratieve deskundigheid over gebruikte protocollen en richtlijnen binnen het steunpunt	Heeft invloed op de beschrijvingen
Corinna Crutzen (coördinator Steunpunt)	Verantwoordelijk voor sturing van kwaliteitszorg	Verantwoordelijk voor kwaliteitszorg binnen het steunpunt	Geeft alle vrije ruimte die het project nodig heeft	Is in staat de belangen van kwaliteit op meso en macro niveau te behartigen en heeft invloed op de beschrijvingen en de implementatie
Marjolein Herps, Jeroen Zomerplaaag (medewerker kwaliteit en zorg Vilans Utrecht)	Ondersteunen Deelgebied 2.Resultaten	Goede afwikkeling en ontwikkeling van een goed toetsinstrument	Vilans is een landelijk erkende expertise centrum	Heeft invloed op de analyses van de gebruikte instrumenten
Karin Verbeek & Marja Veltman (beleidsmedewerkers Mezzo)	Zijn op de hoogte van het probleem (wenselijkheid)	Hebben belang bij de invoering van het model	Professionele ondersteuning en tools	Heeft invloed op de certificatie en voortgang
Wiel Curfs (Manager Meander maatschappelijke ondersteuning)	Participeert in het vooronderzoek en is HKZ gecertificeerd	Collegiale samenwerking binnen Meander	Stelt het HKZ handboek ter beschikking en geeft toestemming voor gebruik	n.v.t.
Ed Breukers (regiodirecteur Meander)	Is op de hoogte en geeft goedkeuring	Heeft belang bij de certificatie van het steunpunt	Geeft vrije bewegingsruimte	Bepaalt beleid
Landelijke begeleidingscommissie Mezzo 'vragerraadpleging'	Zijn allen bezig met kwaliteitszorg en de implementatie	Goede vrager raadpleging ontwikkelen	Individuele deskundigheid	Ontwikkelt een standaard instrument voor landelijk gebruik
HsZuyd Sittard (W.Goossens, S.Sporcken, R.Loeffen)	n.v.t.	n.v.t.	Geven neutrale feedback en toetsmomenten voor het project	n.v.t.

2.4.5 Tussendoelen

Naar aanleiding van de factor analyse en de netwerkanalyse kan ik tussendoelen formuleren die rekening houden met de belemmerende en bevorderende factoren en belangrijke stappen zijn in het bereiken van het einddoel.

Tussendoelen:

- Beschrijven en presenteren van de eerste opzet van het afstudeervoorstel tijdens de module “afstuderen” van S. Sporcken.
- Recente literatuur, rapportages en onderzoeken over informele zorg, mantelzorg en kwaliteit verzamelen en schiften.
- Het kwaliteitsmodel HKZ en ISO-9000 serie, bestuderen.
- Het kwaliteitsmodel van Mezzo, bestuderen en presenteren.
- Deelnemen aan de landelijke dagen van de begeleidingscommissie “raadpleging”.
- Ontwikkelen van een onderzoek en opstellen van een vragenlijst voor 10 november 2008.
- De onderzoeksvragen terugkoppelen naar het team en feedback vragen.
- Produceren van de vragenlijsten.
- Afnemen van het onderzoek.
- Verwerken van de resultaten in SPSS.
- Nulmeting (quickscan) uitvoeren (tevens verzamelen van alle relevante informatie binnen het steunpunt met betrekking tot processen en activiteiten).
- Kwaliteitsmodel en analyses toetsen door de HsZuyd met behulp van de “module kwaliteitszorg”.
- Afspraken maken met het team en actoren die betrekking hebben op het project.
- Deelnemen aan de regiodagen van Mezzo “zicht op kwaliteit”.

2.5 De ontwerpfase

De ontwerpfase richt zich op het ontwikkelen van tussendoelen en mijlpalen aan de hand van externe en interne strategieën.

De belangrijkste tussendoelen zijn mijlpalen (een geformuleerde toestand en geen middel)

Op de volgende pagina is het mijlpalenplan in kaart gebracht en ga ik van de ongewenste situatie naar de gewenste situatie.

2.5.1 Het mijlpalenplan

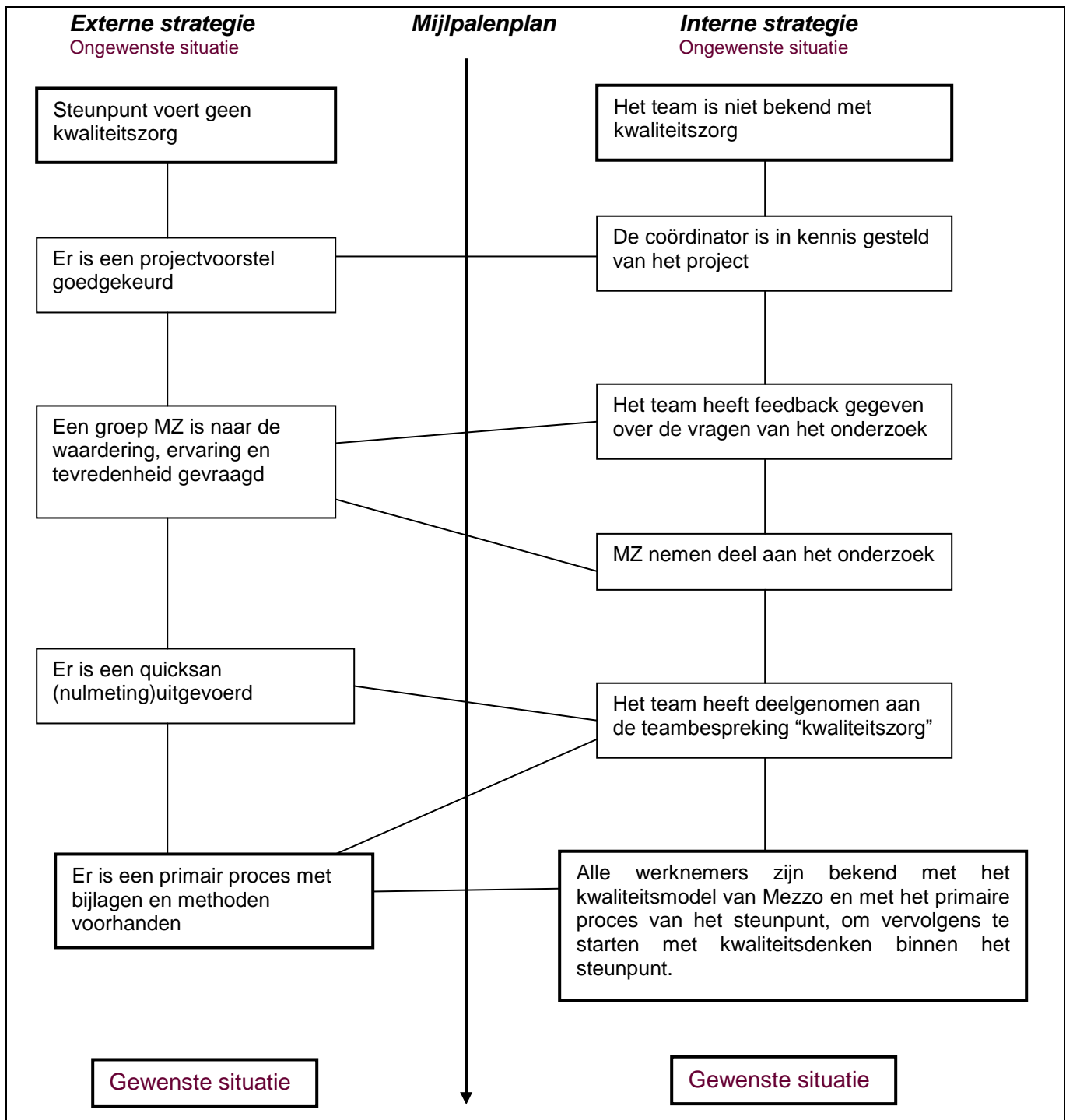


Fig. 2.5 Het mijlpalenplan

2.5.2 Activiteiten en tijdsduur

Juli 2008	Intern projectvoorstel schrijven en bespreken met de coördinator Interne go, om af te studeren op kwaliteit binnen het Steunpunt Alle randvoorwaarden en tijdsinzet besproken en geaccordeerd
Juli 2008	Aanmelden als lid voor de begeleidingscommissie “raadpleging”
Juli t/m September 2008	Deskresearch kwaliteit en tevredenheids onderzoeken 24 september deelname begeleidingscommissie 29 september eerste bijeenkomst met Wim Goossens
Oktober 2008	Vorbereiding vragen opstellen voor het onderzoek Artikel schrijven en publiceren in de nieuwsbrief Collega’s raadplegen en feedback verwerken Concept vragenlijst ter verbetering en/of aanpassing bespreken met de coördinator
November 2008	Uiteindelijk onderzoek naar de repro Maandag 10 november afnemen onderzoek 25 november deelname landelijke Mezzo bijeenkomst “zicht op kwaliteit”
December 2008	Afstudeervoorstel goedgekeurd door Wim Goossens en Sybille Sporken Zelfdiagnose toepassen (quick scan kwaliteit toetsen) via Mezzo met bevoegdheid en inlogcode 11 december Mezzo begeleidingscommissie raadpleging
Januari 2009	Onderzoeksresultaten verwerkt in SPSS Afspraak plannen W.Curfs Analyse kwaliteitsmodel m.b.v. de module “kwaliteitszorg” R.Loeffen 20 januari deelname landelijke Mezzo bijeenkomst “zicht op kwaliteit” Teambesprekingen plannen
Januari t/m April 2009	Bijeenkomsten met het team uitvoeren en participatie vragen m.b.t. de primaire onderdelen Tussentijdse feedback van Mezzo en andere organisaties m.b.t. “zicht op kwaliteit” 2 april afspraak met Wim Goossens Literatuurlijst aanpassen en vernieuwen
Maart t/m mei 2009	25 maart Mezzo begeleidingscommissie raadpleging 19 mei Mezzo begeleidingscommissie raadpleging Beschrijven primair proces mantelzorgondersteuning Het beschrijven van het onderzoek Laatste quickscan uitvoeren Laatste afspraak 8 mei met Wim Goossens Maandag 18 mei afspraak tevens beoordeling opdrachtgever C.Crutzen Maandag 25 mei uiteindelijke scriptie inleveren

2.5.3 GOTIKA

In deze paragraaf gaat het om de beheersaspecten: geld, organisatie, tijd, informatie, kwaliteit en arbeidsomstandigheden.

Geld

De middelen en de kosten die nodig zijn om het project te ondersteunen zijn in het contract vastgelegd en goedgekeurd;

Personeelskosten:

Projectuitvoering: 4 uur per week vanaf 2009.

Medewerkers steunpunt (zie activiteiten):

- coördinatie: 10 uren
- uitvoering: 20 uren
- administratie: 10 uren

Overheadkosten:

Overige kosten worden vergoed.(kopie, reis en portokosten)

Activiteiten:

* Introductie bijeenkomst werknemers.

1 maal 2 uur per werknemer

* Brainstorm sessie werknemers.

1 maal 2 uur per werknemer

* Follow-up sessie medewerkers.

1 maal 2 uur per werknemer

* Training werknemers in het kwaliteitsmodel.

2 sessies per jaar vanaf 2008 maal 2 uur per werknemer.

Deelnemen aan regionale netwerkbijeenkomsten 4 maal over 2008/2009 (projectuitvoerder)

Reiskosten: 4 x € 50,00 = **€ 200,00**

* Kwantitatief klant tevredenheidonderzoek i.s.m. Hoge School Zuyd te Sittard. Vormgeving, uitvoering en conclusies (projectuitvoerder).

- Druk- en portokosten **€ 500,00**

Organisatie

Verschillende organisaties (actoren) zijn bij dit project betrokken (zie paragraaf 2.4.2).

Tijd

Het totale project loopt van juli 2008 t/m 25 mei 2009 en is in verschillende activiteiten onderverdeeld (zie paragraaf 2.5.2). De uren indelingen zijn onder "geld" benoemd.

Informatie

Het verzamelen en verwerken van alle informatie in dit project is de verantwoordelijkheid van de projectuitvoerder.

Kwaliteit

Zoals in paragraaf 2.3.3 (de projecteisen), is benoemd:

- Een beschreven primaire proces versie 1.0 voldoet aan de landelijke normen en eisen van het model en omvat alle criteria en kan geïmplementeerd worden
- De analyse van de raadpleging geeft een weergave van de kwaliteit die het steunpunt heeft geleverd
- Het project draagt bij aan de verbetering van het product mantelzorgondersteuning
- Kwaliteitsdenken van de projectuitvoerder volgens het model en de PDCA cyclus

Arbidsomstandigheden

Deze omstandigheden gaan over de inzet van uren en de deelname aan verschillende overlegsituaties door mij als projectuitvoerder. De goede omstandigheden creëren hiervoor zijn mijn eigen verantwoordelijkheid. Verder laat ik onder "geld" zien welke werknemer wanneer, geconsulteerd mag worden over dit project. Als eenmansprojectgroep zijn problemen zoals: het dubbel inzetten van werknemers, veiligheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid, geen discussiepunten. Professioneel omgaan met deze thema's is vereist.

2.6 De uitvoering en nazorg

Als het project eindigt is effectevaluatie samen met het team noodzakelijk. Primaire processen zijn nooit af, maar worden op dat moment geborgd, om verdere ontwikkelingen en aanpassingen in gang te zetten. Het kader van Deming (zie paragraaf 3.3, pg.32) is van essentieel belang. Het onderzoek wordt besproken en gebruikt voor verdere informatiestromen naar ketenpartners. Een presentatie tijdens de begeleidingscommissie wordt gepland en uitgevoerd. Informatie wordt gedeeld met de deelnemers op de kwaliteitsdagen van Mezzo, die doorlopen tot 2010. Verdere beschrijvingen op de andere deelgebieden worden in gang gezet, om uiteindelijk te komen tot de certificatie van het steunpunt.

Het gaat in deze fase om verschillende activiteiten die betrekking hebben op de voortgang en de implementatie van kwaliteitszorg binnen het steunpunt. Puntsgewijs gaat het dan om:

- onderhouden en verbeteren van de projectresultaten
- delen en overdragen van de ontwikkelde expertise met betrekking tot kwaliteit
- initiëren van het vervolg van de beschrijving en implementatie van het gehele kwaliteitsmodel

Samenvatting

In dit hoofdstuk is uiteen gezet wat voor wie een wenselijke situatie is. De wenselijkheid wordt door verschillende analyses gestaafd en leveren de drie producten van het project op:

1. Een nulmeting (quickscan), momentopname van de kwaliteit binnen het steunpunt.
2. De beschrijving van het primaire proces van het steunpunt.
3. Een vragerraadpleging (cliënt tevredenheidonderzoek).

Verder worden de verschillende actoren en de belangen die elke actor mogelijk heeft in dit project benoemd. Via een probleemformulering en de afbakening van het project, wordt de strategie onderbouwd met verschillende netwerkanalyses en een netwerktekening. Van hieruit zijn verschillende tussendoelen geformuleerd en de interne en externe strategie van de ongewenste naar de gewenste situatie via de ontwerpfase getoond. De uiteindelijk activiteiten en tijdsduur van het gehele project, die loopt van juli 2008 t/m mei 2009, is in het hoofdstuk inzichtelijk gemaakt. Zoals eerder genoemd zal in het volgende hoofdstuk, het concept 'kwaliteit' uitvoerig beschreven worden.

3

Kwaliteit en Mantelzorg- ondersteuning

Inleiding

Kwaliteit en kwaliteitszorg zijn containerbegrippen en verduidelijken weinig over wat tegenwoordig in essentie verstaan wordt met kwaliteit. In dit hoofdstuk beschrijf ik deze concepten kort en bondig. Er is genoeg literatuur en onderzoek en er worden vele artikelen jaarlijks over kwaliteit gepubliceerd. Dit hoofdstuk zal de begrippen verhelderen en uitleg geven over het in te voeren kwaliteitsmodel van Mezzo.

3.1 Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is 'in' en is geen modegrill. Dienstverlenende organisaties en instellingen (non-profit organisaties) maken er steeds meer werk van. De keuze om te werken volgens een kwaliteitszorgsysteem (kwaliteitsmodel) neemt landelijk steeds grotere vormen aan. Was het de eerste vijftig jaar de profit sector die zich bezig hield met kwaliteitszorg, momenteel is de non-profit sector een inhaalslag aan het maken. Van Zoest 2005(pg.9) beweert:

“Kwaliteit is het voldoen aan de verwachtingen van de klant, niet als toevallig feit, maar voortdurend en tegen afgesproken voorwaarden. Het doel van kwaliteitszorg is het voortdurend en tegen zo laag mogelijke kosten aan de wensen van de klant voldoen. Datgene leveren wat je de klant hebt beloofd”

Bovenstaande uitspraak zal verwarring opwekken als klanttevredenheid als doel wordt gesteld. De klant (vrager, cliënt) is de spil binnen kwaliteitszorg maar geen doel op zich. Kwaliteitssystemen werken dan ook met interne (medewerkers) en externe klanten. Het gaat uiteindelijk om het optimaliseren van je eigen dienstverlening op verschillende aspecten om een zo goed mogelijke positie te verwerven binnen het beleidsgebied waar je als organisatie vertoeft.

Anno 2009 mag en kan kwaliteitszorg niet meer ontbreken in het beleid van je organisatie.

“Kwaliteit is het geheel van eigenschappen of kenmerken van een dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgestelde of vanzelfsprekende behoeften” (bron: van Zoest 2005, pg 19).

Van Zoest spreekt in zijn boek over noodzakelijkheden om kwaliteitszorg te implementeren in je instelling. Zo spreekt hij van; de concurrentie tussen aanbieders, het mondig worden van de klant, eisen van gedecentraliseerde overheden (subsidiënten) en het toenemen van het belang van de effectiviteit en de efficiëntie van werken.

Zonder kwaliteitszorg binnen je instelling is je overlevingskans tot een minimum beperkt en ga je voorbij aan de grillen van de moderne zorgstaat, waar bezuinigingen in de zorg, decentralisatie, vergrijzing, WMO, AWBZ, marktwerking en de economische crisis die momenteel door de wereld waart, aan de orde van de dag zijn.

3.2 De vijf benaderingen van kwaliteitsdenken volgens Garvin

Veel literatuur maakt gebruik van Garvin en geeft daar verschillende omschrijvingen over. Ik heb ze met elkaar vergeleken, samengevoegd en geparafraseerd.

De vijf benaderingen die een voorwaarde zijn voor kwaliteit:

1. Klantkwaliteit en gebruikers georiënteerde benadering
2. Productie gerichte benadering
3. Product georiënteerde benadering
4. Waarde georiënteerde benadering
5. Ideaal typische benadering

(Bron: Mezzo kwaliteitsdag, 20 januari 2009)

1. De klantgerichte benadering

Hier gaat het om de kwaliteitsbeoordeling die afhankelijk is van wat de klant (externe) verwacht. De maatstaf is georiënteerd op de afnemers van je dienst of product. Het product of de dienst met de hoogste kwaliteit, voldoet het best aan de verwachtingen van de doelgroep. Het toetsen bestaat uit evaluatie onderzoek of klanttevredenheid onderzoek (zie hoofdstuk 4). Je organisatie moet een beeld krijgen over de vraag: in hoeverre verloopt het functioneren van de organisatie naar tevredenheid en in hoeverre voldoen de aangeboden diensten en producten aan kwaliteit? Dit vanuit de opvatting en ervaring van de klant. Deze benadering zorgt ervoor dat je de kwaliteit van je dienstverlening en de organisatie aanpast waar dat nodig is.

2. De productiegerichte benadering

De uitvoering volgens de specificatie van het ontwerp. Hier gaat het om stappen in processen om te komen tot een bepaald aanbod, passend voor de klant (v.b. intake, vraagverheldering, diagnose, opstellen van doelen enz.) Het beschrijven van werkprocessen is dominant in deze benadering. Het gaat om duidelijkheid over de handelingen die functionarissen binnen je instelling op een bepaald moment moeten verrichten. Het gaat voornamelijk over taken en verantwoordelijkheden, geplaatst in procesbeschrijvingen, die vervolgens werkprocessen en stroomlijnen bevatten.

3. De productgeoriënteerde benadering

Het resultaat bevat alle kenmerken (ingrediënten) die het moet bevatten. Hier gaat het om de ontwerpeisen waaraan bijvoorbeeld een intakeformulier moet voldoen. Je instelling besteedt veel aandacht aan het ontwerpen van een nieuwe vorm van dienstverlening (protocol of richtlijn) en geeft aan waaraan de instelling wil dat het voldoet. Het concretiseren en verduidelijken van je diensten neemt veel tijd in beslag en geeft vooraf geen zicht op praktisch succes.

4. De waarde georiënteerde benadering

Het gaat om de prijs kwaliteit verhouding en het evenwicht hierin. Dit betreft niet alleen een bedrag om de instelling (functionaris) te laten functioneren naar klanten, maar ook over de inspanningen die de klant moet verrichten om een aanbod te verwerven (bv. wachttijd, bereikbaarheid, tijd tussen eerste contact en opvolging).

5. De ideaal typische benadering

Alles is optimaal, 100% kwaliteit, de hoogste en maximaal haalbare kwaliteit. Ook wel eens de filosofische benadering genoemd. Een irreële benadering die daardoor het minst gebruikt wordt.

Een product, aanbod, dienst, proces, houding, instantie, protocol of richtlijn heeft kwaliteit als het voldoet aan de vijf kwaliteitskenmerken (volgens Garvin): betrouwbaarheid, responsiviteit, competent, toegankelijkheid, vriendelijkheid en communicatief.

Tijdens het implementeren van kwaliteitsdenken op micro, meso en macro niveau, kun je constant deze vijf kenmerken in een vraagstelling proberen positief te beantwoorden.

Waarom nu kiezen voor kwaliteitszorg binnen de instelling.

- Kiezen voor de juiste dingen doen. En vooral de goede dingen goed doen (effectief en efficiënt).
- Het plannen, beschrijven en uitvoeren van processen, maakt ongrijpbare gevoelens, activiteiten en verrichtingen tastbaar (maakbaar), om te toetsen en te verbeteren.
- Zelfreflectie en legitimatie worden een constante factor binnen het werk en de instelling. Goede bedoelingen worden omgezet in getoetste resultaten.
- Je blijft alert, vernieuwend, trots en lerend als werknemer/organisatie en doet recht aan eigen beroeps verantwoordelijkheid.

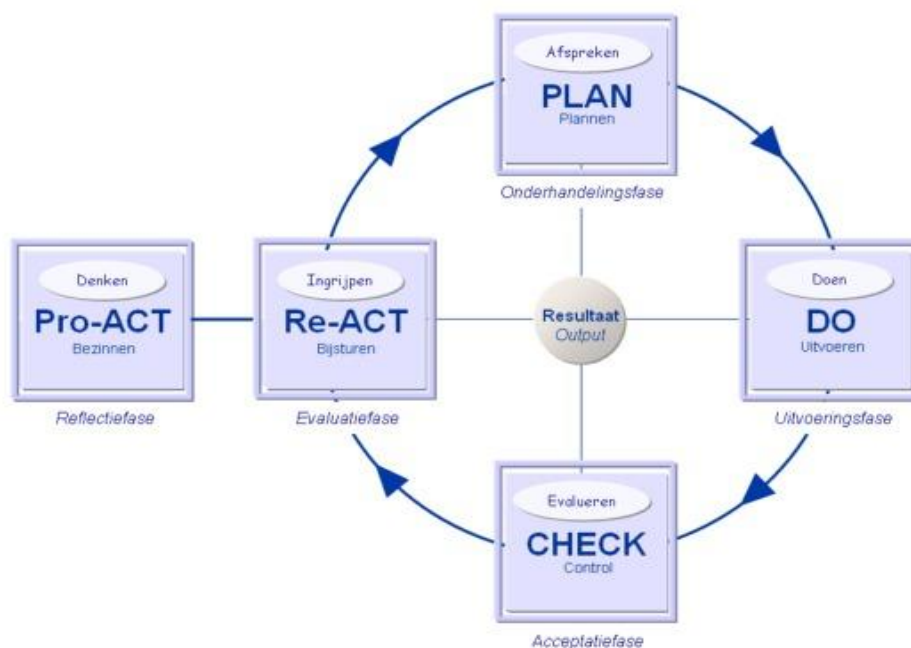
3.3 De verbetercyclus (PDCA)

Hebben we het over kwaliteit dan hebben we het over de benaderingen en de kenmerken volgens Garvin. Wil je kwaliteitszorg compleet maken dan hoort alles te gaan volgens Deming. Figuur 3.3 geeft een grafische weergave van de cirkel. Het meest basale model voor kwaliteit en kwaliteitszorg is deze Deming circle. In de volksmond ook wel de plan-do-check-act cyclus of PDCA genoemd. De vier stappen worden als volgt beschreven.

- Plan: gewenste kwaliteit bepalen die je organisatie levert.
- Do: uitvoeren wat is vastgelegd of bepaald.
- Check: controleren en bewaken of de gestelde kwaliteit is gehaald.
- Act: verbeteren van de kwaliteit.

Bij het implementeren en het invoeren van kwaliteitsdenken binnen je organisatie, is deze cyclus één van de belangrijkste uitgangspunten. Het is voor alle aspecten en niveaus binnen je organisatie en in ieder HKZ afgeleid model van belang. Het doel van de PDCA is kwaliteitsborging en continue verbetering. De verbetercyclus moet in alle primaire, ondersteunende en sturingsactiviteiten constant doorlopen worden, om uiteindelijk tot optimalisatie van het kwaliteitsproces en resultaten te komen.

(bron: werkboek HKZ 2009, pg 11)



*Fig.3.3 de verbetercyclus
(bron:www.google/afbeeldingen/kwaliteit)*

3.4 Kwaliteitsmodellen

Modellen zijn een vereenvoudigde weergave van processen, structuren en organisaties. Het voordeel van een model is dat complexe processen en structuren worden teruggebracht tot een aantal aspecten, waarop specifiek de aandacht wordt gericht om zo kwaliteit van het geheel te beïnvloeden. Ze zijn gebaseerd op consensus en missen meestal de grondslag van wetenschappelijk empirisch onderzoek. Hierdoor is er geen direct bewijs voorhanden, dat de betrouwbaarheid en validiteit van een model aantoont. Legitimatie van een model komt voort uit de ervaring en de toepassing hiervan. Practice evidenced based is de basis van de totstandkoming van modellen en ontlene de vorm en ervaring van andere modellen. Modellen zijn er in verschillende vormen en bevatten minimaal de

samenhang tussen de verschillende aspecten (functies) binnen de hulp en dienstverlenende organisaties of instellingen. Vaak bezitten ze normen, waaraan die verschillende aspecten moeten voldoen en zijn hiervoor meetinstrumenten ontwikkeld (*bron: van Wersch e.a. 2006*)

3.4.1 De functie van een model

Bij verschillende functies kunnen modellen op het terrein van kwaliteitszorg als referentiekader dienen. Het kan een uitgangspunt zijn om kwaliteit binnen je organisatie te toetsen (quickscan). Een ander belangrijke functie is een begin te maken voor een blijvend kwaliteitssysteem binnen je organisatie. De Kwaliteitswet Zorginstellingen 1996 verplicht een instelling of organisatie een kwaliteitssysteem te hebben en te voeren. Die kwaliteitssystemen bestaan uit procedures, richtlijnen, protocollen, processen, verantwoordelijkheden en het ten uitvoer brengen door de organisatie of instelling van kwaliteitszorg (*bron: van Wersch e.a. 2006*). Er worden landelijk twee manieren gebruikt om een model in te voeren en te implementeren:

1. De invoering van een model op één bepaald moment in één keer.
2. Via projectmatige aanpak met een langere doorlooptijd.

Welke van beiden de betere of de meest effectieve en efficiënte is, zal ik verder buiten beschouwing laten. Het steunpunt en Mezzo gaan voor een projectmatige aanpak. Belangrijk bij modellen is dat de meeste zijn ontworpen voor interne- en externe audits, visitaties, accreditatie en certificatie. Met name de ISO 9000-serie, het HKZ model en afgeleiden van het HKZ model bijvoorbeeld het MEZZO model, het INK en het NIAZ PACE model. Een overzicht van de meest gebruikte modellen in de zorgsector:

- INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit)
- ISO 9000-serie (9000-1, 9000-2, 9000-3, 9000-4, 9001, 9002, 9003, 9004-1, 9004-2, 9004-3, 9004-4)
- Balanced Score Card
- HKZ / GGZ-Toetsingskader
- NIAZ-PACE model (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen)
- Visitatie medisch specialisten
- NVN 7500 (Nederlandse Voornorm “dagverpleging bij chirurgische ingrepen”)
- MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen)
- EKV (Externe Kwaliteitsbewaking Verzorgingshuizen)
- Externe Toetsing Revalidatie Zorg
- KEN-R
- HACCP (Hazard Analysis Critical Control Points)
- CCKL (Coördinatie Commissie voor Kwaliteitsbewaking in Laboratoria in de gezondheidszorg)

(*bron: van Wersch e.a. 2006*)

Bovenstaande opsomming is bedoeld om de papieren tijger in kwaliteitszorg te illustreren. De complexiteit en de hoeveelheid aan modellen die in Nederland worden gebruikt is groot. Het is een studie op zich om alle onderdelen in elk model te begrijpen. De angst van kwaliteitsmedewerkers en afnemers (werknemers) van modellen is, dat het een boekwerk aan stoffige en gedrukte materie oplevert, waaraan geen waarde wordt ontleend en die sporadisch worden gebruikt. Dit project wil geen tijgers voeren, maar zal een breed gedragen gedeeld gevoel in de uitvoering beschrijven wat tevens de essentie is van kwaliteit.

Als laatste wil ik nog toevoegen dat keurmerken en modellen vooral gericht zijn op systemen en op kwaliteit van processen en structuren, maar niet per definitie leiden tot betere zorg en/of hulpverlening voor klanten.

3.5 Het steunpunt en kwaliteitszorg

Om de doelen die het steunpunt stelt en de activiteiten die het uitvoert, te verbeteren gaat het steunpunt kwaliteitszorg implementeren. Gezien de huidige maatschappelijke ontwikkelingen wordt

kwaliteit en kwaliteitszorg als een steeds belangrijker thema gezien binnen de informele zorg. MZ (vragers) willen weten wat zij van onze organisatie kunnen en mogen verwachten. Tevens vragen financiers en subsidiënten ons, om inzichtelijk te maken wat wij bieden en doen. Mezzo met ongeveer 250 aangesloten lid organisaties (steunpunten, vrijwilligers organisaties, buddyzorg en palliatieve zorg), ondersteunt ons daarbij met een praktisch kwaliteitsmodel, afgeleid van het HKZ model, dat wij kunnen gebruiken voor ons eigen kwaliteitsbeleid.

Kwaliteit lijkt een ongrijpbaar onderwerp, ook in onze sector waar aandacht een belangrijk onderdeel is van ons aanbod en onze dienstverlening. Toch is het mogelijk om in de informele zorgondersteuning de kwaliteit inzichtelijk te maken. Het unieke aan dit model is dat het recht doet aan de eigenheid van mantelzorgondersteuning.

3.5.1 Achtergrond

Met de komst van de WMO en de wijzigingen in de bekostiging binnen de AWBZ is transparantie in de dienstverlening een nog belangrijker thema geworden. Als steunpunt willen wij graag inzichtelijk maken wat wij doen en hoe wij werken. Daarom ontwikkelde Mezzo dit Kwaliteitsmodel. Ook kan Mezzo met dit model een impuls geven aan de verdere kwaliteitsontwikkeling binnen de mantelzorgondersteuning en intensieve vrijwilligerszorg. In het Kwaliteitsmodel is de klant als 'vrager' benoemd omdat de klant MZ kan zijn of iemand met een beperking en ook de vrijwilliger kan klant zijn van een organisatie.

(bron: Duijf 2007, pg 3,4,5)

3.6 Grafische weergave van het kwaliteitsmodel

Laat je niet misleiden door de eenvoud van deze tekening.

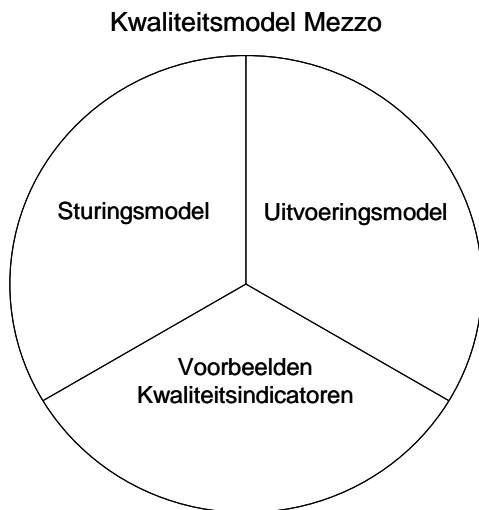


Fig.3.6 Mezzo kwaliteitsmodel

(bron:Mezzo 2008, code 251, pg 7)

3.6.1 Korte beschrijving van het kwaliteitsmodel

Het uitvoeringsmodel (bedenk wat je wilt doen, en kun je de vrager helpen) gaat vooral over de primaire processen in het uitvoerende werk en is specifiek naar de vrager gericht. Dit aspect van het model zal ik grondig onderzoeken en beschrijven en vervolgens via een eerste versie van een handboek beschrijven op alle voorgeschreven aspecten, binnen het primaire proces van mantelzorgondersteuning. Dit is één van de drie producten van het afstudeerproject.

Het sturingsmodel (organiseer hoe je het gaat doen, wat moet je regelen om de vrager te kunnen helpen) is in wezen het geheel van sturende processen zoals figuur 3.7 is weergegeven. Kenmerkend

voor dit model is dat de cliënt of klant als vrager wordt benoemd. Ik zal hier verderop in dit hoofdstuk op terugkomen.

De kwaliteitsindicatoren [resultaten](doe je werkelijk wat je zegt, is de vrager geholpen) geven in het model aan, waarop je kunt laten toetsen op waardering of tevredenheid, als vrager en medewerker. Ik heb in dit afstudeerproject gekozen voor de kwaliteitsindicator “de vragerraadpleging”. Wat een tweede product van dit afstudeerproject opgeleverd heeft (zie hoofdstuk 4).

(bron: Mezzo 2008, code 251, pg 7)

Modellen die voor de uitwerking van het kwaliteitsmodel van Mezzo zijn gebruikt zijn onder meer:

1. HKZ-ISO model thuiszorg/verpleging/verzorging 2006;
2. HKZ-ISO model Geestelijke Gezondheidszorg;
3. HKZ-ISO model, concept, Sociaal Cultureel Werk/Welzijn Ouderen;
4. ISO 9001:2000;
5. Lidmaatschapscriteria Mezzo 2006;
6. MIK-V;
7. Normen voor verantwoorde zorg thuis;
8. Notitie “Goede zorg is... Kwaliteit van zorg door de bril van de vrijwilliger.”;
9. Handreiking Civiq “Laat zien wat je doet!”.

(bron: Mezzo 2008, code 251, pg 25)

Met deze lijst wil ik laten zien dat Mezzo als grootste afnemer het HKZ heeft gebruikt. De ISO normen klinken beter dan ze in werkelijkheid zijn. Dit is geen aanval op het kwaliteitsmodel van Mezzo. Mijns inziens laat Mezzo wel enkele steken vallen en kan dit in de toekomst leiden tot fikse negatieve feedback bij uiteindelijke certificering.

3.7 De grafische weergave van het sturingsmodel

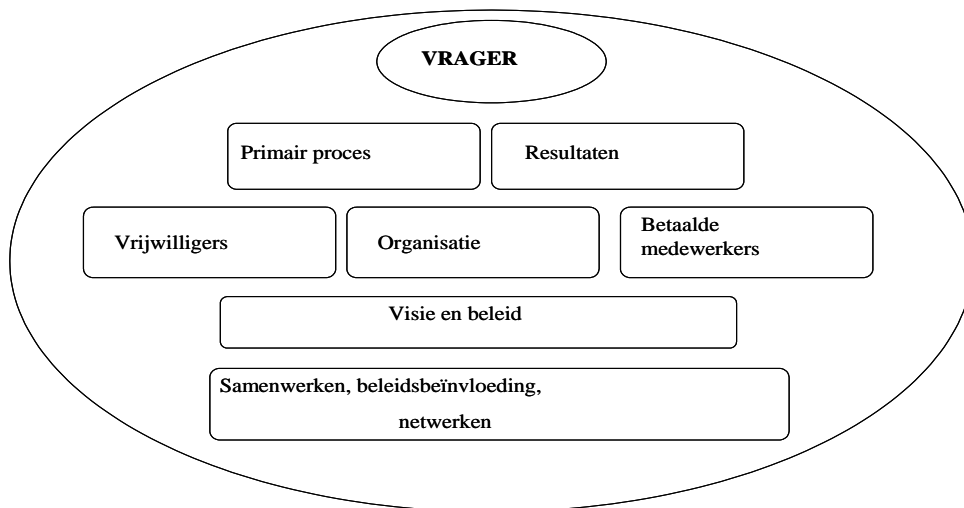


Fig.3.7 Het sturingsmodel

(bron: Mezzo 2008, code 251, pg 24)

In het sturingsmodel kun je de afstudeerproducten plaatsen onder “primair proces en resultaten”. Figuur 3.7 laat ook zien dat de weg tot een volledige beschrijving en implementatie van kwaliteitszorg na dit afstudeerproject zeker niet af is. Er is in hoofdstuk 2 via de theorie van Schuringa onder “nazorg”, aandacht hieraan besteed.

3.7.1 het sturingsmodel

Het sturingsmodel omvat acht gebieden, waarvan de **vragers** als de klant c.q. de cliënt en voor dit afstudeerproject, als de MZ gezien moet worden.

- Deelgebied 1. Primair proces (het werk dat wordt gedaan). Hier gaat het over criteria die betrekking hebben op de feitelijke uitvoerende werkzaamheden. En specifiek betrekking hebben op de functies directe mantelzorgondersteuning en de functie expertise en vertegenwoordiging.
- Deelgebied 2. Resultaten (wat wordt bereikt tijdens het primaire proces). Hier gaat het om criteria ten aanzien van het meten en reageren op resultaten door vragers, die door de organisatie worden of zijn bereikt (zie hoofdstuk 4. vragerraadpleging).

Zoals reeds omschreven in hoofdstuk 2 vallen deze gekaderde deelgebieden onder de scope van het project. Om een totaalbeeld te laten zien heb ik ze toch even aangehaald.

- Deelgebied 3. Vrijwilligers. Dit deelgebied komt tijdens het gehele afstudeertraject en eindverslag niet aan de orde.
- Deelgebied 4. Organisatie (de regels, afspraken, randvoorwaarden voor en rond het werk). Omvat criteria, die binnen de organisatie c.q. door de organisatie zijn en worden vastgesteld. Voorwaarden, regels en afspraken die noodzakelijk zijn om de organisatie te laten functioneren.
- Deelgebied 5. Betaalde medewerkers(personeelsbeleid, beschikbaarheid en deskundigheid). Alle zaken en geformaliseerde voorwaarden die te maken hebben met het personeel binnen de organisatie.
- Deelgebied 6. Visie en beleid (wat wilt de organisatie doen). Criteria die betrekking hebben op het ontwikkelen en realiseren van visie en beleid door de organisatie.
- Deelgebied 7. Samenwerking, beleidsbeïnvloeding, netwerken(de externe oriëntatie).

(bron: Mezzo 2008, code 251, pg 24)

3.8 Werken met kwaliteitsindicatoren (resultaten in het sturingsmodel)

Om kwaliteit binnen een organisatie te beoordelen en de werkwijze die je hanteert zichtbaar te maken, is het gebruikelijk om systematisch te meten, te toetsen en informatie te verzamelen. De focus bij kwaliteitsindicatoren ligt op het meten en geven richting aan je organisatie. Het zijn signalen van waardering, ervaring en tevredenheid, die kwaliteit positioneren op goede en slechte kwaliteit. Ze geven antwoord op de vraag: waar staan we als organisatie en wat moeten we verbeteren?

Deze indicatoren hebben drie doeleinden:

1. ze worden gebruikt voor interne sturing.
2. ze zijn waardevol voor benchmarking.
3. ze geven je legitimatie bij het afleggen van externe verantwoording.

De vragerraadpleging is een bewerkelijke manier om verschillende indicatoren op één moment te toetsen.

3.9 Het uitvoeringsmodel (deelgebied 1. Primair proces)

Dit uitvoeringsmodel focust op de te realiseren resultaten voor MZ, cliënten en vrijwilligers vanuit het primaire proces. Het is een praktische leidraad om met medewerkers en vrijwilligers en ook met MZ en cliënten in gesprek te gaan over het dagelijkse werk van de organisatie. Hiermee wordt de optimale dagelijkse gang van zaken verankerd in afspraken. Bij de ontwikkeling van het uitvoeringsmodel is onderscheid gemaakt naar de verschillende functies die lidorganisaties van Mezzo kunnen uitvoeren. Voor het steunpunt gaat het dan over:

- Directe mantelzorgondersteuning
- Expertise en vertegenwoordiging

Ik zal deze twee functies verder uitdiepen, omdat het steunpunt deze functies primair ziet als startpositie bij het implementeren van het model.

3.9.1 Directe mantelzorgondersteuning

Wat houdt deze functie in?

Mantelzorg wordt doorgaans omschreven als langdurige onbetaalde zorg die wordt verleend aan iemand in de naaste omgeving, waarbij de sociale relatie de basis vormt voor het verlenen van hulp.

Mantelzorgondersteuning is de verzamelterm voor alle voorzieningen en diensten die de draagkracht van MZ vergroten en/of de draaglast verlichten. Binnen de mantelzorgondersteuning kan een onderscheid worden gemaakt tussen directe- en indirecte ondersteuning. Directe ondersteuning wordt direct aan de MZ geboden, dit kan zowel individueel als groepsgewijs gebeuren. Tot indirecte ondersteuning worden de activiteiten gerekend die niet direct aan de MZ worden geboden, maar wel van invloed zijn op de situatie van de MZ. Indirecte mantelzorgondersteuning valt onder de functie expertise en vertegenwoordiging (zie paragraaf 3.9.2). De onderstaande processen moeten nog gekaderd en geformaliseerd worden. Het gaat hier om primaire stappen in de huidige directe mantelzorgondersteuning:

- contact en aanmelding
- intake
- inzet ondersteuningsaanbod
- evaluatie
- afsluiting

Ik zal één van de processtappen van het primaire proces (onderdeel: contact en aanmelding) toelichten. Om een indruk te geven welke mogelijke antwoorden een onderdeel van het kwaliteitshandboek zou moeten bevatten zijn:

1. De MZ weet hoe de organisatie is te bereiken.
2. De MZ is op een vriendelijke en behulpzame wijze te woord gestaan.
3. De MZ heeft een eerste contact gehad waarin de vraag van de MZ is verhelderd.
4. De MZ met een informatieve vraag heeft een passend antwoord gekregen.
5. De MZ is zo nodig doorverwezen naar een andere organisatie die kan helpen bij het oplossen van de hulpvraag.
6. De MZ heeft bij een doorverwijzing contactgegevens gekregen van de betreffende andere organisatie.
7. Bij een doorverwijzing wordt nagegaan of de cliënt met de doorverwijzing is geholpen.
8. Bij een direct afhandelbare vraag van de MZ is deze ook meteen afgehandeld.
9. Indien een intake gaat volgen, heeft de MZ voldoende informatie ontvangen over wat verder gaat gebeuren.
10. De MZ is gemeld dat op zorgvuldige wijze, conform wet- en regelgeving, met zijn/haar gegevens wordt omgegaan, betreffende de intake en de gehele verdere relatie tussen de MZ en de organisatie.

(bron: Mezzo 2008, code 251, pg 10, 11)

3.9.2 Expertise en vertegenwoordiging

Wat houdt deze functie in?

Naast de functie directe mantelzorgondersteuning wordt de functie expertise en vertegenwoordiging onderscheiden. De functies expertise en vertegenwoordiging kunnen worden uitgevoerd in combinatie met de andere functies, maar ook afzonderlijk. Met het begrip 'vertegenwoordiging' wordt niet bedoeld op de collectieve belangenbehartiging van MZ. Deze taak is voorbehouden aan de provinciale/regionale platforms mantelzorg en aan de lokale vertegenwoordigers van MZ in de Wmo adviesraden. De functie expertise en vertegenwoordiging kan op lokaal/regionaal/provinciaal niveau worden uitgevoerd. De functies expertise en vertegenwoordiging richten zich ook op de organisaties/organisatieonderdelen die de functies directe mantelzorgondersteuning bieden; gemeentelijke organisaties, organisaties in het onderwijs, organisaties in zorg en welzijn en hun individuele beroepsbeoefenaren; het algemene publiek. De werkzaamheden die onder de functie expertise en vertegenwoordiging worden uitgevoerd verschillen per organisatie. De werkzaamheden kunnen ondermeer betrekking hebben op deskundigheidsbevordering, ontwikkeling van het aanbod van organisaties die de functies directe mantelzorgondersteuning bieden, bevorderen van de kwaliteit

van het aanbod van deze organisaties en het bieden van ondersteuning aan deze organisaties met staf- en steuntaken. Dit laatste bijvoorbeeld ten aanzien van PR, beleidsontwikkeling, netwerkvorming en samenwerking.

(bron: Mezzo 2008, code251, pg 16, 17)

3.10 Enkele opmerkingen over en verschillen tussen het HKZ model en het MEZZO model

Punten van het HKZ model:

- HKZ spreekt over normen. Dit geeft veel ruimte, waardoor diepgang en vrijheid om zaken te regelen eigen verantwoordelijkheid is
- HKZ beoogt met de normen, beschreven documenten van wat de geldende afspraken zijn. Met de terugkerende vraag “hoe willen wij dit regelen?”
- De nadruk ligt op alles registreren wat afgesproken en besproken wordt met cliënt.
- Een overeenkomst (contract) waarin alle afspraken met de cliënt en de organisatie is vastgelegd
- Constante toetsing en borging van de PDCA cyclus. De valkuil blijft dat er vaak wordt gepland en uitgevoerd en evaluatie achterblijft. Zowel op micro, meso en macro niveau voor cliënt en organisatie

(bron: HKZ werkboek 2009 en Nabitz 2007)

Punten van het Mezzo model:

- Dit model zoals Mezzo beschrijft, sluit naar strekking en werking aan bij de op dit moment meest gebruikte modellen in de sector
- Mezzo spreekt over resultaten. Dit is concreet, echter geeft minder vrijheid aan de eigenheid van de deelnemende organisaties en hoe je dit dan wil regelen.
- Voordeel van het deelgebied resultaten is dat het gemak van meten. De indicatoren geven daarvoor een ruime mogelijkheid.
- Er worden eenvoudige voorbeelden gegeven van processen en dus goed te gebruiken.
- De belangrijkste indicatoren zijn beschreven en essentieel aan het begin van het certificeringstraject. Het nadeel is dat er geen vrije ruimte is om eigen indicatoren te beschrijven.

Opmerkingen over en verschillen tussen HKZ en MEZZO:

De rubrieken van HKZ zijn uitgebreider en er worden hogere eisen aan gesteld. Mezzo benoemt expliciet de kwaliteitscriteria “meten”. Het voordeel hiervan is dat de belangrijkste indicatoren voor de branche, direct voor gebruik in de beginfase voor je worden opgesomd. HKZ vernoemt meten enkel impliciet en geeft de organisatie daarmee de valkuil te veel te gaan meten.

HKZ maakt een drie-indeling waarbij de complexiteit van de vraag als uitgangspunt wordt genomen (standaarddiensten, maatwerk, directe vraagafhandeling). Hierdoor wordt het standaardiseringproces bemoeilijkt. Mezzo maakt onderscheid in de drie bedrijfsonderdelen (mantelzorgondersteuning, vrijwilligerszorg en vertegenwoordiging).

Mezzo spreekt algemeen over het uitvoeren van het ondersteuningsaanbod en de bereikbaarheid. Het HKZ model professionaliseert de zorg en de uitvoering door de methodische verantwoording die het eist.

De nadruk op registratie wordt bij HKZ belangrijker gevonden als bij het Mezzo model. Als laatste vraagt het HKZ een intensieve evaluatie, waarbij tussen en eindevaluaties voorgeschreven zijn. Deze evaluaties moeten ertoe leiden dat er constant verbeterd en opnieuw gepland moet worden. Het Mezzo model schrijft voor, om op afgesproken momenten te evalueren en feedback van klanten te gebruiken. Hier wordt geen expliciete nadruk op gelegd.

Voor mij als projectuitvoerder is het belangrijk dat ik bij de beschrijving van het primaire proces, bovenstaande opmerkingen en verschillen integreer in het handboek.

Het doel is om een zo passend mogelijk en goed uitvoerbaar en gedragen primair proces te beschrijven, gebruikmakend niet alleen van het Mezzo model maar ook van de normering van het HKZ model. Kwaliteit is net dat beetje extra.

Samenvatting

Het containerbegrip kwaliteitszorg is voor een deel inzichtelijk gemaakt en van theoretische onderbouwing voorzien. Er is een koppeling gemaakt tussen de meest gebruikte kwaliteitsmodellen en het Mezzo kwaliteitsmodel en hun functies. De directe mantelzorgondersteuning en de expertise en vertegenwoordiging zijn voor het eindproduct (primaire proces) beschreven en geanalyseerd.

Verder zijn er kanttekeningen gezet bij het Mezzo model ten opzichte van het HKZ model en verschillende aandachtspunten en overeenkomsten van beide modellen kort aangehaald.

Product 1: Nulmeting (Quickscan)

Een nulmeting (quickscan) geeft inzicht en maakt duidelijk waar de organisatie staat op het gebied van kwaliteit. Het is een inventarisatie van alle protocollen, richtlijnen en activiteiten die de organisatie inzet voor zijn doelgroep. Het is een feite een foto van de organisatie die als doel heeft, de stand van zaken in beeld te brengen ten opzichte van de normen die een kwaliteitsmodel van je organisatie vraagt. De nulmeting bestaat uit gesprekken met medewerkers en het beoordelen van verschillende documenten. De nulmeting kan uitgevoerd worden door in de dagelijkse praktijk na te gaan hoe processen verlopen en of de werkwijze eenduidig is. Vervolgens vergelijk je de werkwijze en de documenten aan de normen die gesteld worden in het kwaliteitsmodel.

Bij deze vorm van meten moet je alle relevante documenten verzamelen, beoordelen en bespreken met de medewerkers. De nulmeting is slechts een hulpmiddel om van start te gaan. Je zet de eerste stap in het systeem, waarmee je kwaliteitszorg in beweging brengt. Het gaat hierbij om de focus te leggen op processen.

(bron: HKZ werkboek 2009, pg 21)

Tijdens dit project is er een nulmeting gedaan en zijn alle documenten met betrekking tot de uitvoerende processen verzameld en beoordeeld. Tevens zijn de medewerkers in kennis gesteld van de nulmeting en is actieve participatie gevraagd van iedereen. Dit om stapsgewijs de onderdelen van het primaire proces van eigen feedback te voorzien, om vervolgens te gaan gebruiken voor de beschrijving van de eerste versie van het primaire proces. Mezzo heeft een digitale quickscan (zelfdiagnose instrument) ontwikkeld als handvat om een nulmeting in onze sector te vergemakkelijken. Onderstaande afbeelding geeft de beginkwaliteit van het primaire proces van het steunpunt volgens de normen weer.

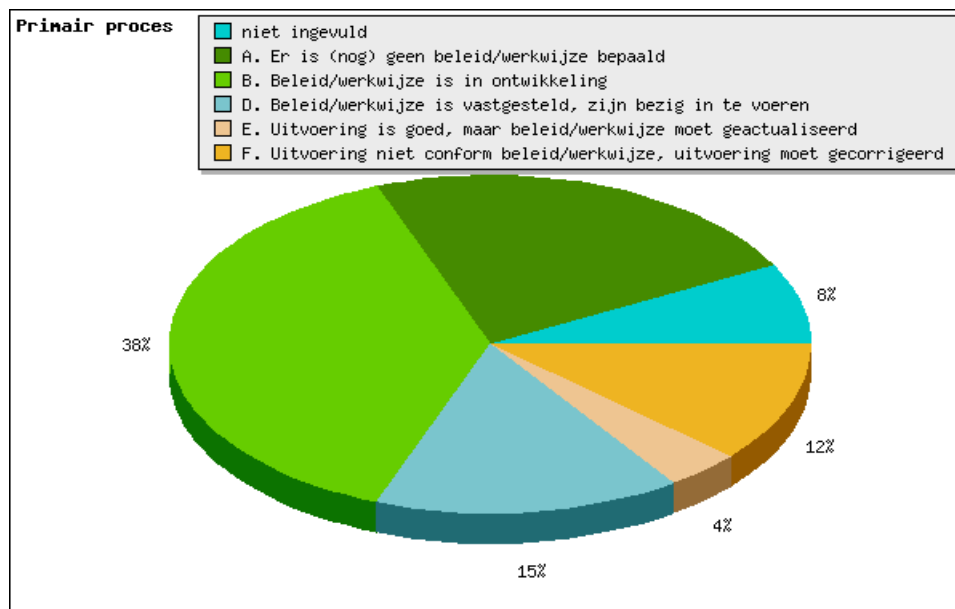


Fig.1 De digitale quickscan primair proces december 2008

Het zelfdiagnose instrument bevat alle criteria uit het sturingsmodel. Bovenstaande figuur laat de verdeling van de 24 criteria van deelgebied 1 (primair proces) zien. De criteria zijn onderverdeeld in: informatie en bereikbaarheid (4 criteria), vrager met direct afhandelbare vraag (1 criteria), algemene criteria primair proces (11 criteria), vrager met behoefte aan mantelzorgondersteuning (4 criteria) en expertise en vertegenwoordiging (4 criteria). Deze computerapplicatie verdeelt de invulschermen (kaartenbak) in vijf groepen: 1. Het criterium, 2. Wie verantwoordelijk is voor dit criterium, 3. Wat de

stand van zaken is op dit criterium, 4. Welke documenten bij dit criterium hoort en 5. Wat de volgende evaluatiedatum is voor dit criterium. Als alle zaken bekend zijn kan je de status aangeven van elk criteria met de keuzen: A,B,C,D,E,F,G.(zie fig. 1 en 2). Ik zal elk mogelijkheid kort toelichten.

- A. Voor dit criterium is nog geen beleid op papier gesteld dan wel er is nog geen sprake van een vastgestelde werkwijze hiervoor.
- B. Voor dit criterium wordt gewerkt aan het opstellen van beleid dan wel aan het uitwerken van een werkwijze hiervoor.
- C. Het beleid dan wel werkwijze voor dit criterium is vastgesteld, is geformaliseerd. Maar het beleid c.q. de werkwijze moet nog worden ingevoerd in de praktijk.
- D. Idem ad C, maar de invoering is onder handen.
- E. De uitvoering is zoals je zelf wilt dat het is. Maar het op papier beschreven beleid dan wel vastgestelde werkwijze is verouderd. Deze moet nog worden geactualiseerd.
- F. De uitvoering wijkt ondertussen af van zoals je het hebt beschreven op papier en zoals je ook nog steeds wilt dat het is. Dat betekent dat de uitvoering incongruent is van de bedoeling en moet worden gecorrigeerd.
- G. Dit is het einddoel: uitvoering en beleid/werkwijze zijn met elkaar in overeenstemming.

(Bron: Mezzo/ HHM, *Gebruikshandleiding zelfdiagnose kwaliteitsmodel Mezzo*, Bunnik 2008.)

Figuur 1 is op bovengenoemde mogelijkheden gescoord en geeft een goed beeld over de status van het primair proces van het steunpunt bij het begin van dit project. Figuur 2 laat zien wat het project heeft opgeleverd. De 4% die niet zijn gescoord gaan over: het criteria “**contract**” en “**intervisie**”. En zoals A aangeeft is hierover nog geen beleid of werkwijze afgesproken. In de nazorgfase worden alle deelgebieden op deze manier gescoord en kan met dit middel het kwaliteitshandboek in volledigheid getoetst worden voor uiteindelijke certificatie.

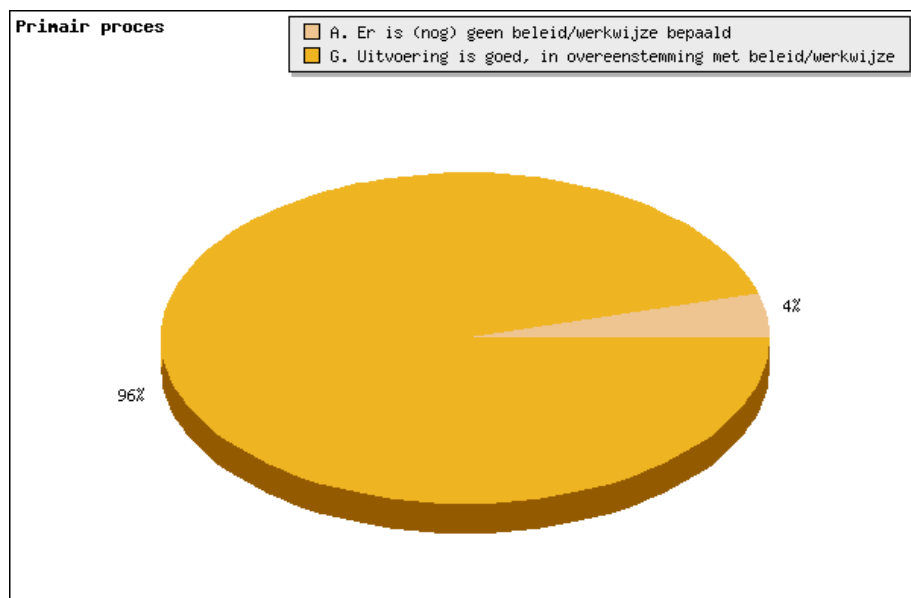


Fig.2 De digitale quickscan primair proces mei 2009

Einde product 1: Quickscan

Product 2: Het primaire proces

Het doel van een handboek is dat de processen van de dienstverlening van je organisatie worden beschreven en vastgelegd. De processen zijn bedoeld om de organisatie te helpen bij het nastreven van de doelstellingen, gericht op kwaliteitszorg en de daaruit voortvloeiende missie en visie voor de toekomst.

“Een procesbeschrijving bestaat uit een beschrijving van opeenvolgende activiteiten met daaraan gekoppeld de informatie die essentieel is voor de activiteiten” (bron:HKZ).

Het gaat hier om vijf vragen(5 W's); wie(1) doet wat(2), wanneer(3), op welke wijze(4) en wat willen wij daarmee bereiken(5). Door het beschrijven van de processen, maak je de doelen, de verantwoordelijkheden, de in en uitstroom van het primaire proces en ondersteunende activiteiten, inzichtelijk. Dit levert resultaten op die meetbaar zijn (check) en vervolgens aangepast of verbeterd (act) kunnen worden. In het laatste geval kunnen deze geschrapt en/of opnieuw ontwikkeld worden. De procesbeschrijvingen van het primaire proces geven aan welke route(s) de vrager kan doorlopen in de organisatie. In paragraaf 3.9 ben ik hier uitgebreid op ingegaan. In deze processen gaat het om het begrijpen/horen van de vraag (responsiviteit) van de cliënt (vrager) en die vraag omzetten in een voor hem/haar passend antwoord (aanbod). Professioneel en vraaggericht handelen is in dit geval een deel van het antwoord. De planning en beheersing van de werkzaamheden, de methoden, de verslaglegging en de registratie ondersteunen het vraaggericht professioneel handelen. De evaluatie en toetsing lopen als rode draad door het gehele primaire proces. Als laatste zullen door de beschrijving van het primaire proces de samenhang tussen de stappen zichtbaar worden.

(bron: HKZ werkboek 2009, pg 41)

Nu volgt de beschrijving van het primaire proces zoals het kwaliteitsmodel voorschrijft. Het is de eerste versie en kan gedurende de gehele implementatie van het kwaliteitsmodel verder verbeterd en aangepast worden. De inhoudsopgave en de bijlagen zijn niet geplaatst, echter zijn in het officiële handboek deze wel voor handen.

Het uitvoeringsmodel (primair proces versie SMZ2009 1.0)

Inleiding

Het steunpunt is vanaf juli 2008 bezig met een kwaliteitszorgtraject. Kwaliteitszorg houdt in dat er permanente zorg en aandacht is voor de kwaliteit van de hulpverlening. Intern wordt gestreefd naar voortdurende verbetering van de (voorwaarden voor de) hulpverlening. Extern moet kwaliteit getoond en gelegitimeerd worden. Het voortdurende streven naar verbetering van de organisatie van de hulpverlening vraagt om een open en dialogische communicatie binnen de instelling. Het extern aantonen en legitimeren van de kwaliteit van de hulpverlening vindt plaats door het stellen van normen, het formuleren van criteria en de regelmatige toetsing en beoordeling daarvan. In de 'klantgerichte' benadering van kwaliteitszorg wordt de maatstaf voor kwaliteit bepaald door de afnemers van de dienstverlening. De hoogste kwaliteit heeft die dienst die het beste aan de verwachtingen van een bepaalde klant voldoet.

Eén van de onderdelen van kwaliteitszorg is het transparant maken en beschrijven van de processen. Daarbij kan worden gedacht aan de primaire processen en aan administratieve processen die het primaire proces ondersteunen. Tevens is dit een goede manier om uitvoerende medewerkers vanaf het begin actief te betrekken bij kwaliteitszorg.

Dit traject maakt deel uit van het totale traject voor kwaliteitszorg dat het steunpunt heeft ingezet, gebaseerd op het landelijke certificeringschema van Mezzo.

Het steunpunt onderschrijft tevens het landelijke visiedocument 'de goede dingen goed doen!' Mezzo Bunnik 2008. Hierin zijn de positie en functies van het steunpunt in de samenleving uiteen gezet.

Het primaire proces is het proces van hulp- en dienstverlening vanaf het moment dat de MZ zich aanmeldt bij het steunpunt tot en met het moment waarop dit proces is afgerond. Het gaat met andere woorden om de weg die de MZ aflegt, en wat er zich tijdens die weg afspeelt. De term hulpverleningsproces roept al snel de associatie op met de fasering van de hulpverlening. Deze fasering is dan ook een belangrijk onderdeel van het primaire proces.

In de voorliggende notitie wordt ingegaan op wat er tijdens de fasen van dat hulpverleningsproces dient te gebeuren. Vanzelfsprekend is bij dit proces sturing nodig: te weten de toetsing van het primaire proces. Het is van belang dat op verschillende momenten tijdens dit proces wordt getoetst of men nog op het juiste spoor zit, of doelen eventueel moeten worden bijgesteld en dergelijke. Dit laatste onderdeel moet bij het steunpunt nog onder de aandacht komen.

Het uitgangspunt van kwaliteitszorg in het primaire proces is dat niet de consulent individueel, verantwoordelijk is voor een goed verloop van dit proces, maar het gehele team van het steunpunt.

Inhoudsopgave

1. Taken

Specifieke taken voor de consulenten van het steunpunt zijn:

- contact leggen met de MZ
- Informeren
- samen vaststellen van de hulpvraag
- stappen bepalen voor het bieden van ondersteuning
- voorlichting, informatie en advies op de leefgebieden wonen welzijn zorg en financiën geven (acht probleemgebieden).
- praktische ondersteuning
- bemiddelen voor de MZ
- structureren van zorg en dienstverlening
- doorverwijzen
- emotionele ondersteuning bieden
- signaleren en belangenbehartiging
- groepswerk (inlopen, lotgenoten contact, MZ en werk en assertiviteit)
- samenwerken
- bemiddelen naar respijtzorg

De eerste vier taken zijn de eerste fasen van het primaire proces en komen verderop aan bod.

1.1 Voorlichting, informatie en advies

Het Steunpunt geeft informatie en advies met betrekking tot ziekten/aandoeningen; lichamelijke en emotionele gevolgen hiervan; voorzieningen en regelingen in de (professionele) zorg. Het Steunpunt geeft antwoord op individuele vragen; verzamelt relevante gegevens en brengt deze in kaart. Daarbij wordt informatie verstrekt die een bijdrage kunnen leveren aan het zo lang mogelijk zelfstandig blijven functioneren als MZ.

1.2 Praktische ondersteuning

Om overbelasting bij MZ te voorkomen of te verminderen wordt ten eerste directe individuele ondersteuning geboden, door de MZ praktische adviezen aan te reiken rondom het zorgen voor een andere. Ten tweede wordt bemiddeld bij het verkrijgen van hulpmiddelen en voorzieningen, die praktische steun aan MZ kunnen bieden.

De consulent helpt de MZ bij de aanvragen van verschillende regelingen en voorzieningen. Verder geeft de consulent uitleg over begrippen of verklaart de betekenis van bepaalde maatregelen. Concrete dienstverlening kan bijvoorbeeld inhouden: het invullen van formulieren of het schrijven van brieven namens de MZ.

1.3 Bemiddeling

Op verzoek of naar de behoefte kan de consulent bemiddelen in situaties waarbij vraag en aanbod van dienstverlening niet of onvoldoende op elkaar aansluiten. De consulent ziet erop toe dat de gevraagde dienstverlening wordt geleverd. Bemiddeling vindt plaats naar andere voorzieningen, instanties of professionals. Het kan ook gaan om het oplossen van misstanden of bemiddeling bij een conflict. Bemiddelen is gericht op het wegnemen van barrières en het bereiken van overeenstemming.

1.4 Structureren van zorg en dienstverlening

In kaart brengen (beginpunt) van zorg en mogelijke aanvragen van verschillende AWBZ en WMO voorzieningen en de ondersteuning hierbij. Inzicht verschaffen bij de MZ over deze regelgevingen, procedures, wetgeving en rechten.

1.5 Doorverwijzen

Doorverwijzing kan intern plaatsvinden (naar vrijwilligers of andere disciplines) of extern (naar specialistische organisaties). Ter overbrugging onderhoudt de consulent contact met de MZ, totdat de verwijzing is gerealiseerd

1.6 Emotionele ondersteuning bieden

MZ ondervinden vaak weinig erkenning voor hun taken rondom zorgen voor de ander. In veel gevallen komt de zorg voor een zieke of gehandicapte neer op de schouders van één persoon, dit is de centrale verzorger. Deze MZ wordt vaak niet helemaal begrepen door zijn omgeving en krijgt weinig waardering en erkenning voor de uitvoering van allerlei zorgtaken. Juist deze waardering, erkenning en aandacht van naasten voor de situatie, waarin de MZ vaak onverwacht terecht is gekomen, is van wezenlijk belang om zorg vol te houden. Het bieden van een luisterend oor en het tonen van begrip, kan helpen om de draagkracht van de MZ te vergroten.

1.7 Signaleren en belangenbehartiging

Het steunpunt heeft een signalerende taak naar gemeente en instanties.

Signalen over (lacunes of barrières in) regelgeving en uitvoeringsprocedures worden teruggekoppeld naar de gemeente. Verder worden knelpunten gebundeld en kenbaar gemaakt aan. Het steunpunt is een netwerkorganisatie waarbij de belangen van de MZ altijd voorop staan.

1.8 Groepswork

Hier gaat het om activiteiten die in groepsverband worden georganiseerd. Het steunpunt organiseert themabijeenkomsten; organiseert groepswork en korte cursussen voor MZ (en vrijwilligers). Als producten levert het steunpunt: inlopen, lotgenotencontact, assertiviteitstrainingen, MZ en werk.

1.9 Samenwerken

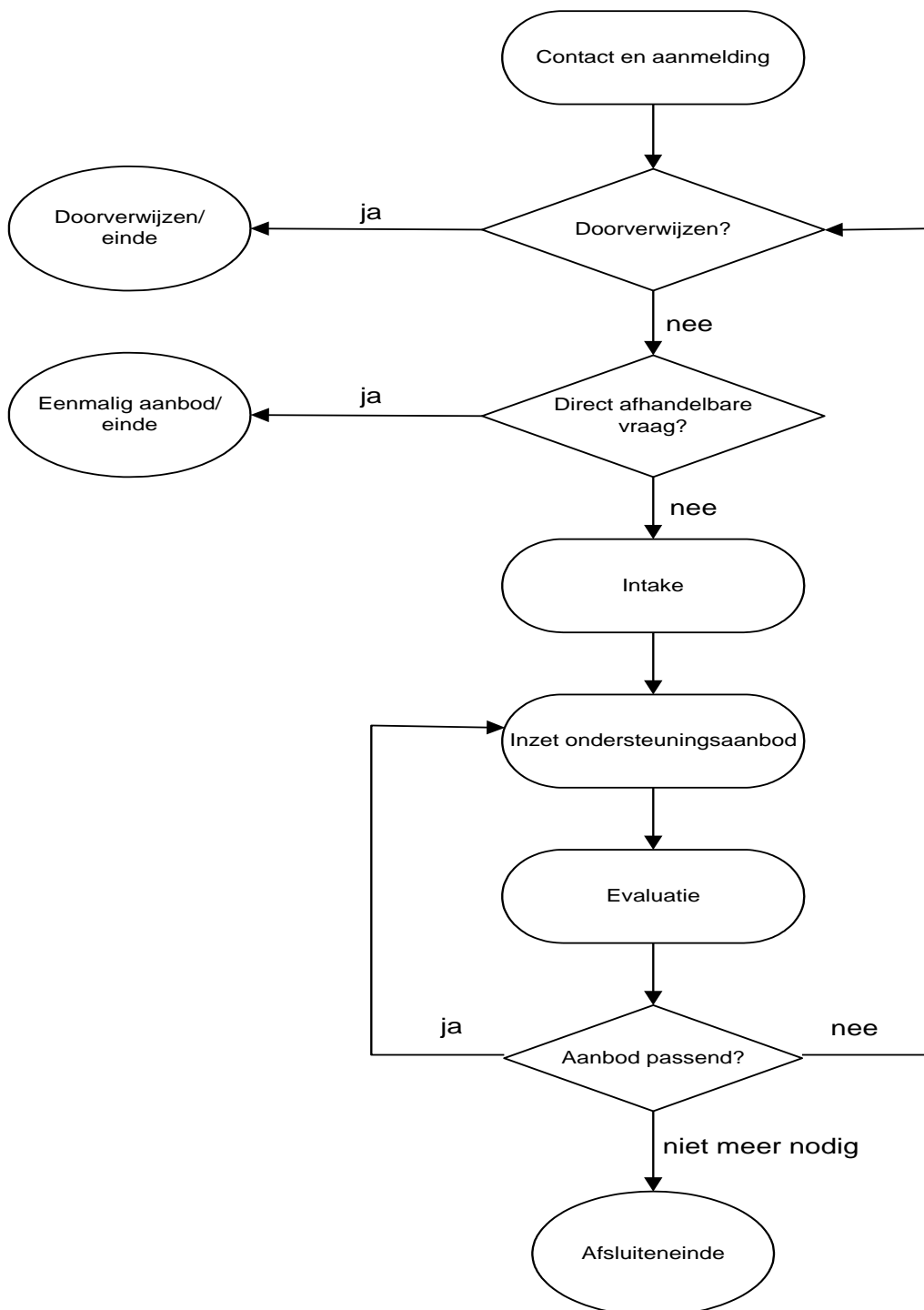
Samenwerking is opgenomen in zowel het beleidsrapport 2007/8 en het CIZOP-plan, om in de toekomst de positie van MZ beter te kunnen waarborgen en om tegemoet te komen aan de richtlijnen van subsidiegevers. De aard van deze samenwerking kan variëren van het invullen van een achterwachtfunctie of coördinatiefunctie voor andere organisaties (vanuit diverse verbanden in de regionale samenleving), tot het verstrekken van informatie aan burgers over de mogelijkheden van mantelzorg en vrijwillige thuiszorg en het kweken van meer inzicht in de problemen die MZ tegenkomen. De aard en inhoud van deze taken zal vorm gegeven worden in goed overleg en samenwerking. Op aanvraag worden voorlichtingen gegeven aan maatschappelijke organisaties, patiëntenverenigingen en burgerorganisaties. Het steunpunt participeert in samenwerkingsverbanden en projecten.

1.10 Bemiddelen naar respijtzorg

Als laatste bemiddelt het Steunpunt bij de inzet van vrijwilligers en anderen als noodzakelijk is dat tijdelijke of voor langere tijd een gedeelte van de zorg overgenomen wordt van de MZ. Dit is mogelijk door samenwerking met vrijwilligersorganisaties en professionals in de zorg.

2. Schematische weergave van het primaire proces

Primair proces directe mantelzorgondersteuning



3. Fasen schema

Bij de fasering in het primaire proces wordt uitgegaan van de volgende fasen in het schema:

Fase	Inhoud het wat	Procedure het hoe	Faciliteit Instrument	Toetsing waarborg kwaliteit
Contact en aanmelding	Eerste contactlegging	Administratie Bereikbaarheid	Telefoon Aanmeldings- formulier Registratie M&M	-Standaard primaire proces
Doorverwijzen	Vraagverheldering Uitvoeren van interventies mbt contacten met derden	In samenspraak met MZ	Aanmeldingsformulier Registratie M&M	-Werkbespreking -Consulenten overleg
Direct afhandelbare vraag	Vraagverheldering Informatie en advies	In samenspraak met MZ	Aanmeldingsformulier Registratie M&M	-Werkbespreking -Consulenten overleg
Intake	Exploratie van de vraag	In samenspraak met MZ	Intake formulier Registratie M&M	-Werkbespreking -Consulenten overleg
Inzet ondersteunings aanbod	Afspraken over werkwijze, taken en interventies	Individuele gesprekken Groepswork Cursus Informatie/advies Bemiddeling Verwijzing Signalering	Kortdurende hulpverlening Verwijzingen Methodieken Samenwerking	-Werkbespreking -Consulenten overleg -Productenboek
Voortgang en evaluatie	Pas op de plaats Doelen werkwijze en aanbod bijstellen	Evaluatiegesprek	n.v.t. mogelijk voortgang rapportage en evaluatie formulier	-Werkbespreking - Consulenten overleg
Afsluiting	Evaluatie Verwijzing Afsluiting	Eindevaluatie Zo nodig verwijzing Follow up	n.v.t. mogelijk afsluiting formulier en tevredenheidsmeting	-Werkbespreking -Consulenten -Mogelijk evaluatieformulier

4. Standaard voor het primaire proces

Het schema geeft de basisstructuur weer van alle hulp- en dienstverlening binnen het steunpunt. De MZ meldt zich aan met een vraag c.q. probleem. De vraag wordt onderzocht en vertaald in een aanbod. Op basis van dit aanbod werken de MZ en professional aan de oplossing van de vraag c.q. het probleem. Zo nodig vindt er later nog nader onderzoek plaats en kan de ondersteuning worden bijgesteld. Als de doelen zijn gerealiseerd wordt het proces afgesloten. In de praktijk kan bijvoorbeeld ook het proces eenzijdig door de hulpverlener of de MZ worden afgesloten.

Dit protocol beschrijft de directe klantcontacten, de analyse en de planning, maar ook het feit dat sprake moet zijn van voortgangstoetsing en inhoudelijke feedback.

In dit protocol (een verzameling van standaarden) is steeds per fase de standaard weergegeven. De standaard geeft weer om welke fase het gaat in het proces, wat de functie van de fase is en wat er door wie moet gebeuren. Na de beschrijving van de standaarden volgen protocollen waaruit blijkt hoe er met de verschillende fasen in het proces wordt omgegaan (procedure en werkwijze).

4.1 Contact en aanmelding

MZ kunnen tijdens kantooruren contact opnemen met het steunpunt. Verder beschikt het steunpunt over een telefonische avond bereikbaarheid op woensdag tot 20.00 uur.

De aanmelding is de daadwerkelijke kennismaking tussen de MZ en het steunpunt.

De MZ kan op verschillende manieren met het steunpunt in contact komen. Hij/zij kan hiertoe zelf het initiatief nemen, dan wel op advies van derden. Ook kan de MZ worden verwezen door een andere discipline, instelling of organisatie. Er is sprake van een aanmelding als een eerste gesprek plaatsvindt tussen MZ en het steunpunt. Dat kan zowel telefonisch als face to face gebeuren. Het doel van het aanmeldingsgesprek is een eerste afweging tussen vraag en aanbod. Tijdens dit eerste gesprek maakt de MZ kennis met de consulent, de instelling en de werkwijze van het steunpunt. De consulent beoordeelt de vraag van de MZ op: urgentie, relevantie en vorm van een mogelijk aanbod. De gegevens worden schriftelijk weergegeven.

Als het eerste contact plaatsvindt tussen de MZ en een ander dan de consulent worden alleen persoonsgegevens (naam en telefoonnummer) genoteerd en mogelijk een eerste aanzet van de vraagstelling van de MZ.

Er is dagelijks een telefonische bereikbaarheid van 9.00 uur tot 15.00 uur, waarbij aanmeldingen worden opgepakt of opgenomen in het antwoordapparaat bij geen personele bezetting. De aanmeldingsgesprekken duren gemiddeld 10 tot 15 minuten en worden geregistreerd. Wanneer een HB of BB nodig is kan een afspraak worden gemaakt.

Wanneer bij afwezigheid van de consulenten contact wordt gezocht met het steunpunt, noteert de administratie/telefoniste de persoonsgegevens en legt die op het bureau van de die dag dienstdoende consulent.

Vaak nemen MZ contact op met het steunpunt met het verzoek een afspraak te maken. Wanneer in dit eerste contact met de consulent blijkt dat er sprake is van een legitieme vraag wordt een afspraak gemaakt voor een HB of BB. Inplannen van het HB of BB gebeurt door de consulenten.

Uitgangspunt is dat een HB of BB plaatsvindt binnen twee weken na aanmelding.

Op basis van signalen van derden (organisaties, samenwerkingspartners, particulieren) kan worden besloten dat de consulent het initiatief neemt tot het eerste contact. Dit wordt van tevoren besproken in het team. Ook bij dit eerste contact worden de gegevens vermeld op het gegevens formulier.

4.2 Doorverwijzen

Doorverwijzing kan intern plaatsvinden (naar vrijwilligers of andere disciplines) of extern (naar specialistische organisaties). Op verschillende momenten in het hulpverleningsproces kan verwijzing als processtap worden uitgevoerd. Het steunpunt maakt onderdeel uit van een keten van (maatschappelijke) organisaties die als doel hebben MZ zo optimaal mogelijk te bedienen. Dienstverlening van hoge kwaliteit is gebaat bij een goede afstemming- en samenwerkingsafspraken

tussen de verschillende organisaties in de keten om de doorstroming van (hulp)vragen zo adequaat mogelijk te kunnen laten verlopen. Ter overbrugging onderhoudt de consulent contact met de MZ en de doorverwezen actor, totdat de verwijzing is gerealiseerd.

Verwijzing door het steunpunt kan plaatsvinden om de volgende redenen:

- de vraag van de MZ komt niet in aanmerking voor hulpverlening van het steunpunt;
- voor deelproblemen is het noodzakelijk een andere discipline of organisatie in te schakelen;
- een nadere analyse van een probleem door een specialistische voorziening, opdat behandeling/hulpverlening meer gericht kan plaatsvinden.

Verwijzing kan de volgende resultaten opleveren:

- de verwijzing resulteert in behandeling/begeleiding door een andere discipline of organisatie. De andere discipline rapporteert volgens afspraak over de start van de hulpverlening en de aanpak;
- advies ten aanzien van het eigen handelen van de hulpverlener;
- een deelprobleem wordt door een andere discipline of voorziening opgepakt. In overleg (en met toestemming van de MZ) vindt, indien noodzakelijk, afstemming plaats.

4.3 Direct afhandelbare vraag

De MZ krijgt informatie waarom gevraagd wordt. De informatie wordt zoveel mogelijk op gelijke wijze en langs gestelde procedures verstrekt (smz4 en smz5).

Deze kan plaatsvinden op twee manieren:

- Telefonische informatieverstrekking: MZ wordt geïnformeerd over mogelijkheden van mantelzorgondersteuning. Wat kan het steunpunt voor de MZ betekenen. Mogelijk een eerste vraagverheldering. Gegevens MZ worden genoteerd bij toestemming en geregistreerd in m&m.
- Schriftelijke informatieverstrekking: Op verzoek van de MZ om informatie, wordt een informatie set toegestuurd.

Bij het eerste face tot face contact tussen de consulent en de MZ wordt de gids/sociale kaart/tips (smz4) uitgereikt waarin de MZ op de hoogte wordt gesteld van: werkwijze en procedures, bereikbaarheid van de instelling, rechten en plichten en dossiervoering in m&m. Uiteraard wordt een en ander ook mondeling toegelicht.

Zo mogelijk wordt bij aanmelding mondeling (bij telefonische vraagstelling) of schriftelijk toestemming van de cliënt gevraagd voor het aanleggen van een dossier en voor het verstrekken en/of verzamelen van informatie. Er is een toestemmingsverklaring (smz2) die door de cliënt moeten worden getekend.

4.4 Intake

Na de aanmelding volgt een nadere exploratie van de vraag van de MZ. Dit wordt de intake genoemd. De intake heeft als voornaamste functie het ontrafelen van de problemen van de cliënt waarna tot verdere actie wordt besloten.

Tijdens de intake moet systematisch in kaart worden gebracht wat de aard en de oorzaken van de problemen van de MZ zijn. Naast een verheldering van de problematiek moet de hulpvraag duidelijk worden. Ook wordt gekeken naar de persoon van de cliënt, de mogelijkheden en beperkingen en de achtergrond van de problematiek. De situatie wordt in zijn geheel bekeken. Op basis van de intakegegevens wordt het intakeformulier (smz1) ingevuld.

Het uitgangspunt is dat in de intakefase de toestemmingsverklaringen worden ondertekend waarin toestemming wordt verleend voor het aanleggen van een dossier en voor het verstrekken en verzamelen van gegevens, betrekking hebbend op de hulpverlening. Daarnaast zal, iedere keer wanneer contact op wordt genomen met een derde, dit zo mogelijk vooraf (en als het niet anders kan achteraf) worden kortgesloten met de MZ. Indien de MZ om persoonlijke redenen de toestemmingsverklaring niet wenst te tekenen wijst de consulent er op dat dit de hulpverlening

mogelijk negatief kan beïnvloeden. Het verslag schriftelijk of digitaal (m&m) is voor de MZ toegankelijk.

Het is de verantwoordelijkheid van de professional de inschatting te maken of bepaalde niet getoetste hypothesen wel of niet in het verslag worden vermeld. Bij deze overweging moet rekening gehouden worden met het feit dat de MZ het recht heeft het verslag van M&M te lezen.

Aanpak wachttijd bij het steunpunt (smz6, smz7)

In de praktijk is nauwelijks sprake van een lange wachttijd tussen aanmelding/intake en de start van de hulpverlening. Wanneer sprake is van een urgente situatie wordt dit doorgegeven door de consulent. Wanneer de cliënt tijdens wachttijd, tussen intake en hulpverlening, behoefte heeft aan contact met een consulent, kan contact worden gezocht met het steunpunt.

4.5 Inzet ondersteuningsaanbod

De intake en het voorlopige hulpverleningsplan vormen de basis voor de ondersteuning door het steunpunt. In samenwerking met de MZ worden doelen en werkwijze bepaald. Ook worden afspraken gemaakt over de verschillende contactmomenten. Als de consulent een hulpaanbod kan doen, bepaalt hij/zij ook of afstemming of samenwerking kan of moet plaatsvinden met andere instellingen en disciplines. Dit gebeurt vanzelfsprekend met toestemming van de cliënt.

Van elke werknemer wordt verwacht dat hij/zij het interne productenboek kan hanteren.

De MZ ontvangt een ondersteuningsaanbod dat voldoet aan de afspraken zoals die tijdens de intake zijn gemaakt tussen de MZ en de consulent. Tevens weet de MZ met wie hij/zij contact op kan nemen binnen het steunpunt. Ook is de MZ op de hoogte van het maandelijkse vragenuurtje tijdens de vier inlopen in Parkstad.

Gemiddeld vinden er drie tot vijf gesprekken plaats bij individuele ondersteuning van een MZ. Dit kan middels een HB, BB of een telefonisch consult. De consulent belt de MZ voor het maken van een afspraak. Het eerste gesprek vindt bij voorkeur plaats in de thuissituatie van de MZ. De MZ wordt gewezen op het ondersteuningsaanbod van het steunpunt. (individueel, emotioneel, groepsverband, cursus, respijtzorg enz.).

Bij een complexe hulpvraag (meerdere HB, overname regelwerk, bemiddeling enz.) wordt de geboden hulp geëvalueerd met de betrokken MZ of meerdere MZ tijdens een evaluatie of eindgesprek. Mogelijk kan twee maanden na afronding een check plaatsvinden door de desbetreffende consulent.

4.6 Voortgang en evaluatie

In de hulpverlening wordt ernaar gestreefd afhankelijkheid van hulpverlening te voorkomen. Daarom is het belangrijk dat vanaf het begin duidelijk is dat hulpverlening een proces met een begin en een einde is. Om dat te onderstrepen, zijn evaluatiemomenten belangrijk. Bij de evaluatie komt aan de orde hoe de consulent en de MZ, het proces tot dat moment hebben ervaren en welke doelen inmiddels zijn bereikt, c.q. moeten worden bijgesteld.

De consulent beslist zelf of daarnaast van ieder gesprek aantekeningen worden gemaakt. In ieder geval moet het dossier zodanig zijn bijgehouden dat overdracht om welke reden dan ook zonder probleem c.q. stagnatie kan geschieden.

In m&m moet ook terug te vinden zijn of sprake is geweest van contacten met derden en wat er is besproken c.q. afgesproken is.

4.7 Afsluiting

De eindfase van de hulpverlening wordt bereikt als de consulent in overleg met de MZ de inschatting maakt dat de doelen zijn bereikt, of dat de hulpverlening niet meer kan opleveren dan tot dusver is bereikt. De beëindiging van het hulpverleningsproces gebeurt bij voorkeur in overleg tussen consulent en de MZ. Het hoeft niet altijd zo te zijn dat de consulent en de MZ het eens zijn over de beëindiging. Het kan zijn dat de MZ afhaakt. Of omgekeerd, dat de consulent een einde maakt aan het hulpverleningsproces.

Een belangrijk onderdeel van de beëindiging van de hulpverlening is de evaluatie van de hulpverlening. Het is een reflectiemoment over de wijze waarop het hulpverleningsproces gestalte

heeft gekregen en het bereikte resultaat. Uiteraard wordt niet alleen aan het einde van het hulpverleningsproces geëvalueerd maar gebeurt dit ook tussentijds. Mogelijk kan in de toekomst voorzien worden van een kort cliënttevredenheid toets in de vorm van een korte vragenlijst.

4.8 Nazorg

Nazorg kan worden geboden als tijdelijke extra ondersteuning gericht op ex MZ.

5. Van aanmelding tot afsluiting (procedure en werkwijze)

Bij het formuleren van procedures en werkwijzen, die de methodische aspecten van de hulpverlening betreffen, is vrijwel permanent het spanningsveld tussen de professionele autonomie van de medewerker enerzijds en de noodzaak van sturing door de coördinator anderzijds aan de orde.

Dit spanningsveld is des te nadrukkelijker aanwezig, naarmate de specificiteit van de normen toeneemt. Getracht wordt dan ook om een middenweg (consensus) te bewandelen tussen de specifieke normen met te weinig autonomie en de globale normen met teveel autonomie voor de professional.

5.1 Aanmelding

De eerste telefonische aanmelding wordt direct doorverbonden naar de dienstdoende consulent. Dit geldt voor aanmelders tussen 9.00 uur en 12.00 uur van maandag tot vrijdag.

De consulent handelt dan de aanmelding en/of vraag af.

Aanmeldingen c.q. vragen die na 12.00 binnenkomen (telefonisch, e-mail, post of via het antwoordapparaat) worden genoteerd en overhandigd aan de dienstdoende consulent. Die dezelfde dag of daaropvolgend terugbelt en de aanmelding c.q. vraag behandelt.

Het huisbezoek (HB) of bureau bezoek (BB) wordt binnen 14 dagen na aanmelding ingepland. Is die mogelijkheid niet aanwezig dan gaat de wachtlijstprocedure gelden (smz7).

5.2 Het gesprek

De nieuw aangemelde MZ ontvangt standaard een infopakket (smz4) en wordt in M&M geregistreerd. Het gesprek met de consulent omvat een korte weergave omtrent de vaststelling van de hulpvraag en uitleg over het aanbod en de hulpverlening van het steunpunt en wordt kort in M&M geregistreerd.

5.3 Trajectaanpak

Na de aanmelding wordt de hulpverlening opgestart waarbij het eerste huisbezoek door middel van de invulling van het intakeformulier en binnen M&M verduidelijkt wat er aan de hand is en welk traject wordt afgesproken. Het gaat hier om het beoogde doel, het voorgenomen traject, het specifieke aanbod en de mogelijkheden en beperkingen van het steunpunt. Tevens wordt de MZ gevraagd om een toestemmingsverklaring, voor het aanleggen van een dossier en het delen van informatie met derden.

5.4 Hulpverlening

De duur van een BB is in principe 1 uur. Voor een HB wordt uitgegaan van 1 uur en een half uur extra in verband met reistijd. Mogelijk voor de toekomst zal in het afsluitende gesprek via een standaard formulier (indicator) de tevredenheid van de MZ over de geboden hulpverlening worden vastgelegd. Mutaties c.q. doorverwijzingen vinden plaats na overleg met de MZ en de consulent. De MZ ontvangt mondelinge informatie over de instantie waar naar verwezen wordt.

5.5 Bereikbaarheid

Het steunpunt is bereikbaar van 9.00 tot 15.00 van maandag tot vrijdag. Op woensdag is de bereikbaarheid telefonisch uitgebreid naar 20.00 uur. Na 15.00 uur worden alle telefonische vragen of aanmelding doorgeschakeld naar het interne antwoordapparaat waarop een ingesproken boodschap de aanmelder informeert over de openstelling en de bereikbaarheid van het steunpunt.

Bureaudienst van de consulenten is via een rooster bekend binnen het steunpunt en omvat de gehele week van 9.00 uur tot 12.00 uur.

Op dinsdag en donderdag geeft de administratieve functionaris de telefoontjes door of verwijst naar de (bureau) dienstdoende consulent. Op maandag, woensdag en vrijdag is de consulent hiervoor verantwoordelijk.

5.6 Dossiervorming

Vanaf de start van het hulpverlenertraject houdt de consulent een dossier bij in M&M, met inachtneming van de algemeen geldende voorwaarden aangaande cliëntdossier, dossiervorming, toestemming en privacybeleid.

5.7 Afsluiting

Aandachtspunten die bij de (eind)evaluatie en afsluiting aan de orde kunnen komen:

- *Resultaat van de hulpverlening.* Besproken kan worden of de aanvankelijke en eventueel gaandeweg bijgestelde doelen zijn bereikt. Ook kan worden bekeken of de aanpak effectief was in dit kader.
- *Reden einde hulpverlening.* Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom het hulpverleningstraject wordt beëindigd. De hulpverlening wordt bij voorkeur beëindigd in overleg tussen consulent en MZ. Een andere mogelijkheid is dat de MZ op eigen initiatief de hulpverlening beëindigt zonder opgaaf van reden. De hulpverlening kan ook op initiatief van de consulent worden beëindigd. Men kan tot de conclusie komen dat de doelen geheel of gedeeltelijk zijn bereikt of dat andere hulpverlening is geïndiceerd.
- *Ervaren positieve aspecten en barrières tijdens de hulpverlening.* Deze barrières kunnen betrekking hebben op de context waarbinnen de MZ leeft (wet- en regelgeving, toegankelijkheid van voorzieningen), de grenzen van het beleid van het steunpunt en ook kennis en vaardigheden van de MZ zelf.
- *Signalen:* deze kunnen betrekking hebben op het hulpverleningsaanbod van het steunpunt, veranderingen in de samenleving, knelpunten bij andere instellingen, de maatschappij etc. .

De consulent is verantwoordelijk voor de evaluatie met de MZ aan het einde van het hulpverleningstraject. Het afsluitingsgesprek wordt geregistreerd in M&M.

Verder draagt de consulent zorg voor een goede overdracht bij externe verwijzing.

5.8 Caseload bespreking / Werkbespreking

Mogelijk kan deze bespreking opgaan in de wekelijkse werkbepreking of het consulenten overleg. Bespreekbaar zijn het aantal MZ in een traject, werkdruk, wachttijd, variatie, verhouding directe en indirecte werkzaamheden, projecten, gemiddelde tijdsduur BB en HB en registratie c.q. dossiervorming etc.

5.9 Contract

5.10 Intervisie

6. Van aanmelding tot afsluiting (de houding)

Het formaliseren en normaliseren van de houdingsaspecten van de consulenten van het steunpunt is moeilijk, omdat een objectieve basis van normen op dit vlak ontbreekt. Evidenced practice based ervaringen liggen hier ten grondslag. Binnen MeanderGroep Zuid Limburg is er een gedragscode en vanuit de verschillende werknemers een gedragscode en beroepsprofiel. Op zich vormt dit mogelijk een beperking, echter wanneer het lukt om in een sfeer van directe en open communicatie elkaar feedback te geven op zijn professioneel handelen en achterliggende houding, hoeft een dergelijke beperking geen bezwaar te zijn.

6.1 Algemeen

In algemene zin dienen de volgende termen van toepassing te zijn bij de houding aan de telefoon.

- klantvriendelijk
- zakelijk
- attent
- alert
- kennis over de doelgroep en acceptatie
- beheerst
- competent
- responsief
- betrouwbaar

Kenmerken van de consulent in telefonische contacten met MZ moeten zijn:

- gemakkelijk bereikbaar en toegankelijk
- snel en kort maar responsief
- empatisch en betrokken

De houdingsaspecten voor het maken van een afspraak zijn: uitnodigend, laagdrempelig, open en communicatief.

6.2 Intake

Tijdens de intake gesprekken kenmerkt de houding van de consulent zich aan:

- een actief informerende houding
- een vragend uitnodigende houding
- vaardigheid in sturing
- vaardigheid in structureren
- d.m.v. het onderzoeksformulier
- representatief voor de instelling

De consulent moet deskundig en multidisciplinair kunnen werken. Elke consulent dient de vaardigheden te beschikken om een goede intake of vraagverheldering te doen op persoonlijk, situationeel en maatschappelijk niveau, volgens gerichte methoden en methodieken om legitimatie, vertegenwoordiging en verantwoordelijkheid voor en namens het steunpunt te bewerkstelligen.

Enkele kwaliteitskenmerken voor wat betreft de houding van de consulent:

- relevantie kunnen aangeven zonder te beïnvloeden
- een neutrale houding
- een motiverende en enthousiasmerende houding

Er dient sprake te zijn van een motiverende grondhouding en een respectvolle benadering. Het al dan niet tutoyeren van de MZ dient expliciet door de consulent te worden voorgelegd. Vooraf legitimeren is vereist. De consulent dient representatieve kleding te dragen en blijf te geven van een goede lichamelijke verzorging.

Bij een intake en tijdens een gesprek waarin informatie wordt verzameld voor rapportage, dient van tevoren aan de MZ te worden vermeld, dat tijdens het gesprek zaken worden genoteerd. In het gewone hulpverlenersgesprek is de relevantie van schrijven minder aanwezig.

De consulent bewaakt tijdens het gesprek de tijd en overvraagt de MZ niet. De consulent heeft de leiding over het verloop van het gesprek met inachtneming van responsiviteit.

Bij een bureau bezoek, uit oogpunt van veiligheid en fatsoen, haalt de consulent de MZ op aan de receptie en brengt de MZ terug naar de uitgang. Medewerkers van het steunpunt dienen ervoor te zorgen dat het rustige werkklimaat niet verstoord wordt tijdens een bureaubezoek.

6.3 Individueel

De consulent moet het traject kunnen operationaliseren en omzetten in concrete en meetbare doelen. Resultaatgerichtheid wordt tijdens de gesprekken steeds geëvalueerd (PDCA) met de MZ. De houding moet gebaseerd zijn op resultaatgerichtheid. Van de consulent wordt verwacht dat in zijn/haar houding de inhoud van het beroepsprofiel en de gedragscode tot uitdrukking komt.

De consulent dient te overleggen met de MZ omtrent vaststelling en aanpak van de doelen.

De consulent maakt zijn handelen in het hulpverleningstraject bespreekbaar met collega's.

In het individuele contact wordt de nadruk gelegd op eigen professionaliteit en deskundigheid.

6.4 Normen

Normen ten aanzien van de houding binnen de hulpverlening worden ontleend aan de gedragscode en het beroepsprofiel. Het gaat hier om de normen die de rol van consulent als professional betreffen.

Daarnaast vervult de consulent nog twee andere rollen: die van collega (hoe loyaal en samenwerkingsgericht stel ik me binnen de werkeenheden op?) en die van personeelslid (hoe betrokken toon ik me als medewerker van het steunpunt en de MeanderGroep Zuid Limburg?).

Tussen deze rollen kan een spanningsveld ontstaan: hetgeen iemand als professional wil, kan haaks staan op de eisen die hem als collega worden gesteld. In geval dat één van de rollen niet goed wordt ingevuld dan heeft dat consequenties voor het hele team.

Er moet evenwicht zijn tussen de drie rollen. Ook kan er een spanningsveld ontstaan tussen individuele belangen en organisatiebelangen. Hierbij dient men gezamenlijke belangen na te streven.

Als men elkaar aanspreekt is dat in belang van de organisatie.

Er zal een MeanderGroep beoordelingssysteem worden ontwikkeld en beschikbaar komen voor de toetsing van de houding van de medewerker in zijn diverse rollen.

7. Expertise en vertegenwoordiging

Om deze functies te verduidelijken zijn de verschillende diensten met betrekking op acquisitie, pr, groepen, cursussen en beleid overgenomen van het jaarverslag 2008. Verder worden de leveringen van de diensten benoemd.

Lezing / gastles.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Gemiddeld 15 á 20 lezingen per jaar.• Voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de bijeenkomst. Meestal vindt een aparte voorbespreking met de aanvrager plaats. De voorbereiding kost gemiddeld 2 uur en het steunpunt beschikt over eigen audiovisuele middelen.
--------------	--

Website.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Het bieden van informatie aan MZ / vrijwilligers / beroepskrachten / het publiek over mantelzorg en het steunpunt.• Op de website staat ook een agenda met het lopende activiteiten aanbod van het steunpunt.• Coördinator ontwikkelt en onderhoudt de website. Informatieverzameling door consulent.• Website wordt maandelijks aangepast.
--------------	--

Nieuwsbrief voor MZ.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Het schriftelijk aanbieden van informatie aan MZ, vrijwilligers en beroepskrachten over mantelzorg en de activiteiten van het steunpunt.• Informatieverzameling en verwerking in een nieuwsbrief door consulent/coördinator.• Verspreiding per post.
--------------	--

Gids Mantelzorg.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Het bieden van informatie aan MZ/vrijwilligers/beroepskrachten over mantelzorg en ondersteuningsmogelijkheden.• Regionale sociale kaart.• Samenstelling, informatieverzameling en verwerking door de coördinator.• Eindredactie door coördinator.
--------------	--

PR algemeen

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Het breed onder de aandacht brengen van mantelzorg en mantelzorgondersteuning.• Het structureel ontwikkelen en aanbieden van informatie over mantelzorg en mantelzorgondersteuning (algemeen en regionaal).• Geven van interviews; verspreiden van persberichten; plaatsen van advertenties; (mede)organiseren van campagnes; MZ benaderen voor PR-activiteiten.• Verspreiding via eigen folders en publicaties / vermeldingen in dagbladen; gemeentegidsen; WMO-kranten; zorg- en ouderenmagazines etc.
--------------	---

7.1 Belangenbehartiging

Naast individuele belangenbehartiging voor MZ met specifieke vragen, streeft het Steunpunt binnen de eigen regio o.a. naar bewustwording van en erkenning en waardering voor de dagelijkse rol en taken van MZ. Om de positie van MZ te versterken werkt het Steunpunt met vrijwillige en professionele organisaties in instanties binnen en buiten de regio.

Signaleren.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Het voortdurend en systematisch monitoren van de veranderingen in de actuele situatie, knelpunten en behoeften van MZ en informeren van derden daarover.• Informatie komt beschikbaar door registratie van binnenkomende vragen en deelname aan interdisciplinaire overleggen.
--------------	---

7.2 Ketensamenwerking

Incidenteel.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Advisering, voorlichting, deskundigheidsbevordering t.b.v. individuele mantelzorgondersteuning binnen andere organisaties in de zorg.• Ad hoc, binnen trajecten voor advies en emotionele ondersteuning.• Regelmatig contact met ca. 40 verschillende (zorg) organisaties.
--------------	--

Structureel.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Advisering, voorlichting, deskundigheidsbevordering m.b.t. mantelzorgondersteuning binnen andere organisaties in de zorg.• Leggen van contacten, organiseren van bijeenkomsten, netwerkoverleg, verslaglegging, evaluatie en bijstelling.• Participatie in ruim 16 projecten en samenwerkingsverbanden.
Omvang 2008	<ul style="list-style-type: none">• Vaste samenwerkingspartners: Oppas- en Thuishulpcentrale OZL, Ruggesteun KLS, Buddyzorg Limburg, ToonHermansHuis Parkstad.• Projecten: Mantelzorg Simpelveld/Bocholtz(+ functies), Alzheimercafé Parkstad, Carekids (jonge mantelzorgers), MSP (wijkgericht), GGZ en mantelzorg, Begeleidingscommissie steunpunt mantelzorg, etc.

7.3 Coördinatie

Het ontwikkelen van beleid en aanbod m.b.t. regionale mantelzorgondersteuning, management van het regionale steunpunt.

Beleid.

Omschrijving	<ul style="list-style-type: none">• Aan het inhoudelijke beleid van het steunpunt wordt vorm gegeven naar de richtlijnen van de landelijke vereniging van steunpunten mantelzorg: MEZZO.• De coördinator geeft inhoud aan de taken van het steunpunt, waarna het beleid getoetst wordt in de begeleidingscommissie en goedgekeurd wordt door de leidinggevende. Vervolgens is de coördinator verantwoordelijk voor de uitvoering van dit beleid.
--------------	---

(Bron smz/coördinatie/jaarverslag 2008)

Einde product 2: het primaire proces

4

Vrager- raadpleging

Tevens:

**Product 3: Deelgebied 2. Resultaten
“Vragerraadpleging “**

Inleiding

De vragerraadpleging zoals eerder omschreven, is van groot belang om met kwaliteit te starten. Om dit project body te geven is het een extra toevoeging om met kwaliteit te starten en zal als zodanig het derde product opleveren.

Dit hoofdstuk (product) beschrijft de uitkomsten van een enquête (vragerraadpleging) naar verschillende aspecten van tevredenheid van MZ ten opzichte van het steunpunt. De formulering vragerraadpleging is door Mezzo gekozen, en geeft de verschillende soorten cliënten in de informele zorg één begrip namelijk “vrager” (bron: Zomerplaaq 2008, pg 3) In dit onderzoek is de MZ de vrager (cliënt) van het ondersteuningsaanbod geleverd door het steunpunt.

Per paragraaf komen deze aspecten achtereenvolgens aan de orde, waarbij belangrijke enquête-uitkomsten steeds worden vermeld en zo nodig voorzien van commentaar. In de tabellen van de hiernavolgende rapportage zijn de uitkomsten van de vragen herleid naar 100%. In de bijlagen zijn alle tabellen en antwoorden op die vragen terug te vinden. Hier worden ook de missing antwoorden herleid naar 100%. Dit project heeft als product een verkennend vooronderzoek en zal als zodanig gezien moeten worden.

4.1 Theoretische onderbouwing van het onderzoeksinstrument

Volgens Baarda en de Goede 2007, volstaat een beschrijvend of explorerend onderzoek op grond van het onderzoeksdoel. Gezien de doelstelling van dit onderzoek (raadpleging), zie ik samenhang in de verschillende soorten onderzoek.

De onderstaande rapportage is de uitkomst van een zowel beschrijvend als exploratief onderzoek. Het is beschrijvend in de zin van vragen naar een bepaalde mening, gevoel of ervaring. En het is exploratief, als de vraagstelling van het onderzoek een meer open samenhang bevat. Ik als onderzoeker heb interesse in bepaalde verbanden tussen verschillende kenmerken. Zoals Baarda en de Goede aangeven:

“Op grond van je doelstelling en één of meer onderzoeksvragen ben je vooral geïnteresseerd in bepaalde verbanden die je kunnen helpen om antwoord te vinden op de open onderzoeksvragen”
(bron: Baarda 2007, pg 102,103,104,105).

Dit is zeker de doelstelling en de functie van een raadpleging gehouden onder de doelgroep. De vragerraadpleging is een momentopname:

“een steekproef getrokken uit een grotere populatie en gaat om één meting op één bepaald moment”
(bron: Baarda 2007, pg 132).

De populatie van dit onderzoek omvat alle bij het steunpunt geregistreerde MZ en ex-MZ die per post een uitnodiging hebben gekregen om deel te nemen aan de Dag van de Mantelzorg op 10 november. Van die groep zijn er 300 aanmeldingen geweest waarvan uiteindelijk 112 personen een enquête hebben ingevuld. In paragraaf 4.2 geef ik aan wat de mogelijke oorzaak is van dit aantal. Ik spreek hier zelf over een uit zichzelf voortvloeiende steekproef.

Ik heb gebruik gemaakt van een gestructureerde wijze van informatieverzameling die in samenwerking met het gehele team tot stand is gekomen. Vooraf zijn alle onderdelen en thema's besproken met de daarbij behorende vraagstellingen en antwoordschalen.

Het is mijn taak geweest om een zo goed mogelijk aanbod van vragen te formuleren en die samen te voegen tot een uit te voeren enquête. Waarin tijd, aantal, formulering, schalen, thema's en interpretatie, belangrijke aspecten waren om mee te nemen naar het uiteindelijke onderzoek (zie bijlage “vragerraadpleging”).

In dit onderzoek is gekozen voor de anonimiteit van de respondenten. Anonimiteit heeft voor en nadelen. Een mogelijk voordeel kan zijn dat de vrager beter zijn mening durft te geven en niet bang hoeft te zijn voor verantwoording. Een mogelijk nadeel kan zijn, dat de vrager juist wel mondeling verantwoording wil afleggen, zodat het steunpunt weet wie diegene is. Verschillende mensen vinden het prettig om hun mening te geven en daarbij ook zichzelf willen bekendmaken.

Niet vergeten moet worden dat het steunpunt protocollair de privacy moet waarborgen en die alleen mag openbaren bij goedkeuring van de deelnemer. De tijd die hiermee gemoeid zou zijn was voor dit onderzoek in dit project te kort.

De soorten vragen lopen uiteen van open en gesloten vragen. De meeste zijn gesloten vragen en gaan gepaard met geprecodeerde antwoorden (*Baarda 2007*). Bij deze Antwoordschalen mag de afstand tussen de antwoordmogelijkheden aannemelijk gelijk gesteld worden. De keuze van het gebruik van vier of vijfpunt schalen door elkaar heeft in dit onderzoek geen specifieke betekenis en is experimenteel. Voorbeelden van voorgaande onderzoeken hebben deze keuze mede bepaald. Ik heb de volgorden van antwoorden bij verschillende vragen bewust veranderd en zijn stellingen en beweringen door elkaar gebruikt om een intensiever leesgedrag bij de respondenten te bewerkstelligen.

4.1.1 Doelstelling en vraagstelling

Dit onderzoek is een instrument waarmee MZ op systematische manier anoniem bevroegd kunnen worden naar hun tevredenheid, ervaring en waardering over verschillende aspecten van directe mantelzorgondersteuning. Mezzo wil iedere lidorganisatie aansporen jaarlijks een dergelijke raadpleging onder zijn vragers te doen, om zo ook de kwaliteit en de indicatoren te testen en te toetsen. De belangrijkste aspecten die zeker aan bod moeten komen zijn: informatievoorziening, bereikbaarheid, bekendheid van het steunpunt, tijdig en adequate afhandeling van vragen en verzoeken, de tevredenheid over de verschillende ondersteuningssoorten en in het bijzonder de bejegening en indruk die de vrager heeft ten aanzien van de hulpverlener (consulent). Als je als organisatie straks een kwalitatief goede instelling gecertificeerd wil worden met een keurmerk volgens het kwaliteitsmodel, zal je de doelgroep moeten laten participeren in de verbetering en ontwikkeling van je product. De uitkomsten van dit onderzoek zijn ook te gebruiken voor de verantwoording naar de financiers. Sinds de invoering van de WMO (2007) zijn de gemeenten van Parkstad de belangrijkste financiers voor het steunpunt. Inzicht in de kwaliteit van je productie en de bijdrage in deze problematiek, zijn door dit onderzoek toetsbaar en op macroniveau bespreekbaar gemaakt.

Hoofdvraag: **Hoe tevreden zijn de mz over het steunpunt?**

Deelvraag 1. Hoe tevreden is de MZ algemeen over de dienstverlening van het steunpunt?

Deelvraag 2. Hoe tevreden is de MZ over de toegang en de bereikbaarheid van het steunpunt?

Deelvraag 3. Hoe tevreden is de MZ over de begeleiding en werkwijze van de hulpverlener?

Deelvraag 4. Hoe tevreden is de MZ over de diensten van het steunpunt

Deelvraag 5. Is de situatie verbeterd na contact met het steunpunt?

4.1.2 Het onderzoeksplan

Het onderzoek beoogt een bijdrage te leveren aan het verkrijgen van inzicht in de huidige situatie van het steunpunt vanuit de ervaring en de waardering van MZ in Parkstad. Aansluitend op het verkregen inzicht zullen de aspecten zoals Mezzo die voorschrijft geanalyseerd worden en mogelijk verbeterd, aangepast of doorontwikkeld worden. Als onderzoeksinstrument is een anonieme schriftelijke enquête gehanteerd, waarmee op hieronder genoemde aspecten, de meningen van de MZ, worden verzameld en met behulp van SPSS geanalyseerd zijn en onderzocht worden op mogelijke verbanden en hiaten in de directe mantelzorgondersteuning.

De enquête bestrijkt de volgende thema's:

- voor wie wordt gezorgd en de beleving hierbij
- het aantal contacten met het steunpunt
- op wiens initiatief contact is gezocht met het steunpunt
- de telefonische bereikbaarheid, de informatie per post en de duidelijkheid over het aanbod en de werkwijze
- de tijd tussen de aanmelding en de ondersteuning
- de houding, bejegening, deskundigheid van en het vertrouwen in de hulpverlener
- de verbetering van situatie na contact met het steunpunt

- de waardering over de gebruikte diensten
- mogelijke klachten of opmerkingen

Het steunpunt fungeerde als centraal punt in het benaderen en aanbieden van de enquête aan elke gast afzonderlijk. De start van het onderzoek vond plaats op maandag 10 november 2008, op de landelijke dag van de MZ. Het steunpunt had het Roda stadion afgehuurd voor de middag en heeft de genodigde gasten op verschillende manieren kosteloos onderhouden met een gezondheidsmarkt, rondleidingen, toespraken, toneel en voorzien van een drankje en een hapje. Tijdens deze dag werd aan alle aangemelde gasten (300) het onderzoek aangeboden met hulp van studenten van het Rolduck college. De enquête werd bij de uitgang verzameld en als dank werd een kleine attentie, de nieuwe mantelzorggids en bijlagen meegegeven. Nadien werden de verzamelde gegevens in SPSS ingevoerd en geanalyseerd en voorzien van beschouwend commentaar.

4.1.3 Beschouwing van het onderzoeksinstrument

Wat kunnen we leren van de waardering, ervaring en de tevredenheid van de deelnemers?

Ten eerste is het een beginpunt om de kwaliteit van het steunpunt te meten. De resultaten kunnen mogelijk nieuwe inzichten voortbrengen. Wat meegenomen moet worden zijn de sociaal wenselijke antwoorden die mogelijk een rol hebben gespeeld. Wat niet wil zeggen dat alle informatie verkregen op deze manier onbruikbaar is. Bewust zijn van de mogelijke positieve reacties zal voor verdere raadplegingen alleen maar verbeteringen teweegbrengen.

Ten tweede kan het steunpunt de manier van toetsen en bevragen, verder ontwikkelen en lessen voor de toekomst trekken. Vragen zoals: Is anoniem wel geschikt? Is de methode van enquête van een aselechte groep op één specifiek moment wel de beste manier? Hoe ga je bij de volgende raadpleging de MZ betrekken?

Als je de kwaliteit binnen het steunpunt wil verbeteren en verhogen, zullen gedurende de implementatie van het kwaliteitsmodel, de kwaliteitsindicatoren (resultaten) een steeds belangrijkere rol moeten gaan spelen om kwaliteitsdenken en doen, op een hoger niveau te tillen.

Ten derde is uit onderzoek bekend dat het verlenen van mantelzorg ongemerkt ontstaat uit sociale relaties en even ongemerkt uit kan groeien tot een zware taak (bron: Knipscheer 2006). Indien je de MZ de mogelijkheid biedt om eens per jaar zijn ervaring, waardering en tevredenheid uit te spreken over het aanbod dat hij heeft genoten van het steunpunt, creëer je mogelijk herkenning en erkenning bij deze doelgroep. Dit kan resulteren op een verbetering van de acceptatie die mogelijk leidt tot een voor de MZ draagbare situatie.

Als laatste valt er over tevredenheid van MZ ten aanzien van het steunpunt heel wat meer te zeggen dan ik in dit onderzoek kwijt kan. Een nulmeting, beginpunt, start, eerste aanzet in het bevragen en gebruiken van de informatie is met deze rapportage in het licht van kwaliteit zeker gedaan.

4.2 Algemene kenmerken geënquêteerden

Van de 300 bezoekers op 10 november 2008, hebben 112 deelnemers een raadpleging ingevuld die voor dit onderzoek bruikbaar zijn. Een aantal is niet ingevuld omdat het merendeel van de gasten; introducés, verzorgden, vrijwilligers, nieuwe MZ, professionals, begeleiders of geen van allen waren. Gezien de gegevens zijn alle respondenten op één of andere manier betrokken geweest (of nog betrokken) bij het steunpunt. Ik ga ervan uit dat deze gegevens gezien de functie van een vragerraadpleging (cliënttevredenheid onderzoek) zoals bedoeld is, daardoor meer waarde krijgt.

De manier waarop de enquête is gehouden, heeft mij vooraf al doen inzien dat niet alle 300 bezoekers MZ of ex-MZ zijn. De keuze om toch op deze manier en op dit moment voor een onderzoek te kiezen, heeft meer te maken met de tijdsduur en de intensiteit waarmee het gehele project is gestart. Die keuze heeft gelegen in het feit dat het kwaliteitsmodel van Mezzo dit vereist en mij deze mogelijkheid werd gegeven door de opdrachtgever.

Een andere reden is om bekend te geraken met en deskundigheid te verwerven over de in de toekomst af te nemen raadplegingen (tevredenheidonderzoek).

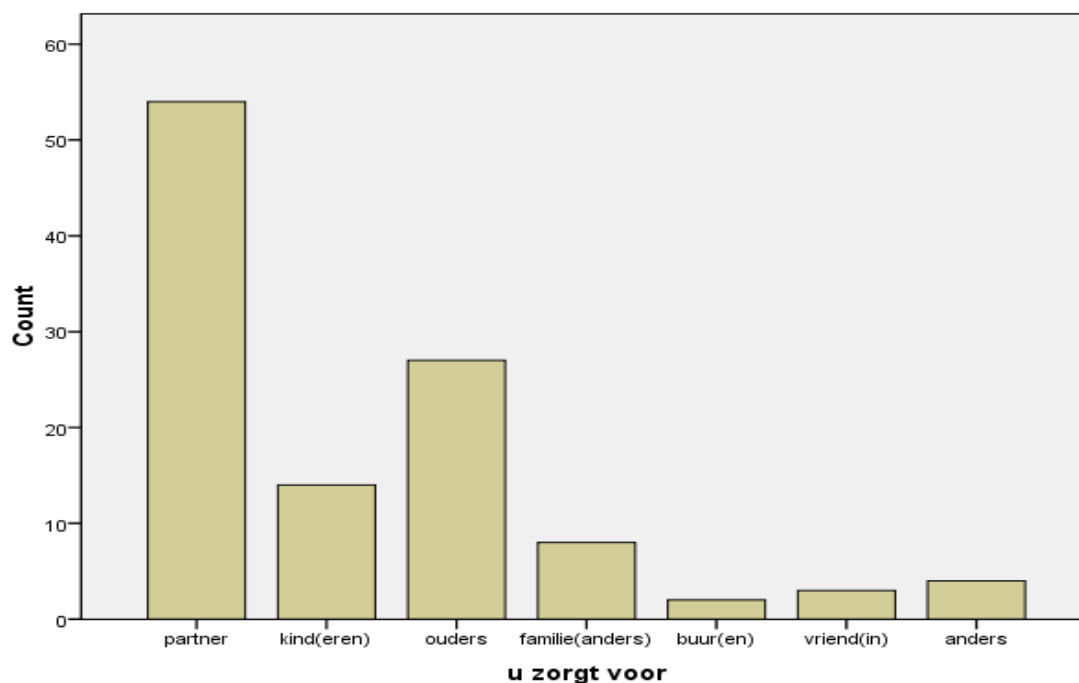
Ik zal nu stapsgewijs het onderzoek beschrijven en elk aspect of thema, met tabellen verduidelijken en waar nodig van commentaar voorzien. De gebruikte figuren, tabellen en kruistabellen zullen met de mogelijke verbanden of nieuwe inzichten uiteraard besproken worden.

4.2.1 Algemene vragen

Van de respondenten geeft **90.2 %** aan MZ te zijn en **8 %** is ex-MZ. Van de **1.8 %** die geantwoord hebben met anders, waren 1 begeleider en 1 thuiszorg medewerker die contact hebben gehad met het steunpunt.

Voor wie wordt gezorgd

Onderstaande grafiek geeft weer hoe de verdeling van de respondenten is ten aanzien van diegene voor wie ze zorgen.



Figuur 4.2.1a Voor wie wordt gezorgd

Van de respondenten geeft de grootste groep mantelzorg aan hun partner (**48.2 %**) met uiteenlopende problematiek. Dit onderzoek gaat niet in op de verschillende vormen van problematieken (beperkingen, aandoeningen en ziekten) van de verzorgde, echter kan een vervolgonderzoek binnen het steunpunt deze aspecten mogelijk meenemen om het aanbod van het steunpunt verder te ontwikkelen en te verbeteren (bv. GGZ problematiek binnen mantelzorg). Van de respondenten zorgt **24.1 %** voor ouders en **12.5 %** voor kinderen. Mantelzorg voor burens (**1.8 %**) is het minst vertegenwoordigd binnen het onderzoek.

Bij de optie 'anders' zijn twee antwoorden naar voren gekomen n.l. een mevrouw van het UWV (mogelijk valt zij onder de groep vrijwilligers) en een MZ die zorg geeft aan haar schoonvader. Deze optie had ook onder familie (anders) kunnen vallen. Verschillende interpretaties en referentiekaders van de respondenten zijn niet uit te sluiten in een kwantitatief onderzoek.

De beleving van zorg

Bij de beleving van mantelzorg geeft de grootste groep (**34.5%**) aan mantelzorg zwaar te vinden, maar er geen problemen mee te hebben. **26.4 %** heeft dat wel en **16.4 %** ondervindt ook problemen, maar

beleeft de mantelzorg als niet zwaar. In het onderzoek van de GGD OZL 2006, zijn naar schatting 1000 MZ die aangeven niemand te hebben waarbij ze met vragen en problemen rondom het geven van mantelzorg, terecht kunnen en 800 MZ hebben direct behoefte aan ondersteuning.

Voor het steunpunt betekent dat verdere uitbreiding van het bestand en de regionale bekendheid, voor deze groep noodzakelijk is. Dit onderzoek geeft aan dat **42.8 %** problemen ondervindt met het geven van mantelzorg. Ook dit is een aspect waarop het steunpunt actie kan ondernemen en vooral om op beleidsniveau aan te geven dat er nog een groot aantal MZ in Parkstad op dit moment problemen ondervindt en niet weet waar hij of zij terecht kan voor ondersteuning en begeleiding. Voor gemeenten moet dit een prikkel zijn om prestatieveld 4 van de WMO, anders te gaan inrichten en/of uitvoeren.

De cijfers op landelijk niveau en de vergelijkingen tussen de Boer 2005 en de Boer 2007 van de SCP geven de omvang van de problematiek en de noodzaak van ondersteuning aan deze doelgroep goed aan.

Note: de 42.8% respondenten zijn of waren ingeschreven bij het steunpunt en hebben al contact gehad met het steunpunt mogelijk door overbelasting.

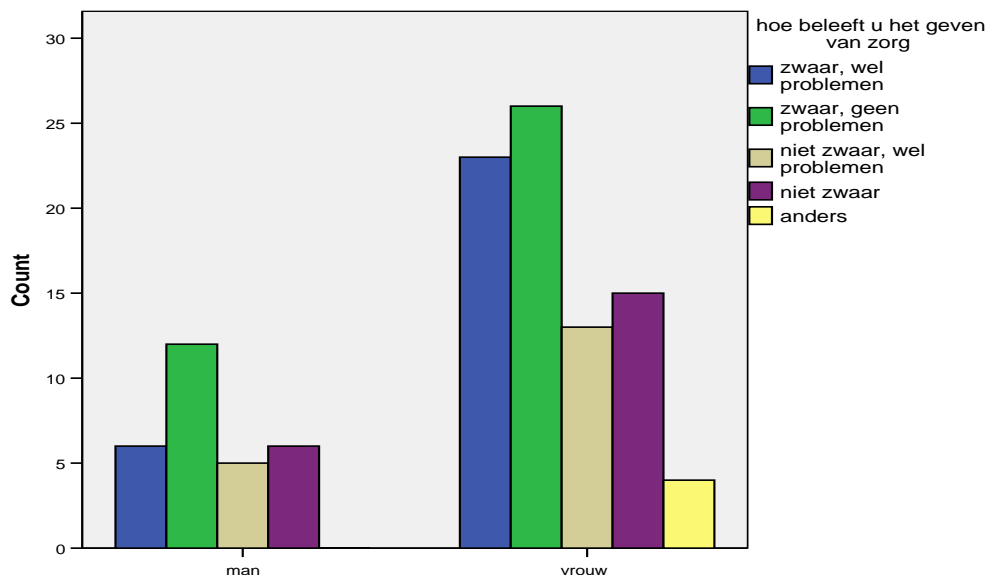
Geslacht

Het onderzoek van de GGD geeft aan dat 2 op de vijf MZ, man is. Dit onderzoek geeft aan dat één op de vier respondenten man (**27.7%**) is.

In de onderstaande figuur geef ik optisch weer wat de beleving tussen mannen en vrouwen is.

Je ziet dat beiden dezelfde figuur weergeven en in schaal bijna identiek zijn. Sekse specifiek geven mannen eerder aan dat ze geen problemen ondervinden met het geven van mantelzorg (Knipscheer 2007).

De vrouwen die 'anders' hebben ingevuld, plaatsten in het onderzoek opmerkingen zoals: dankbaar, gezellig, fijn, en afwisselend.



Figuur 4.2.1b Beleving van mantelzorg tussen mannen en vrouwen

Leeftijd

De leeftijd geeft aan dat de vergrijzing zoals eerder in deze scriptie is benoemd zijn tol zal gaan eisen in de informele zorg breed. De gemiddelde leeftijd van de respondenten is **61.4** jaar.

De minimum leeftijd is **43** jaar en de maximum leeftijd is **83** jaar

Verdeling

Geografisch gezien is de verdeling van de in tabel 1. gegeven antwoorden, inherent aan de cijfers die bij het steunpunt bekend zijn en geeft dit onderzoek toevalligerwijs een goede verdeling van de respondenten.

Heerlen(558), Landgraaf(256), Kerkrade(242), Brunssum(195), Simpelveld(88), Nuth(86) en voerendaal(58). (zie tabel, blz. 10, hoofdstuk1)

Tabel 1. Ik ben woonachtig in

	% respondenten
Kerkrade	16.1%
Heerlen	33.9%
Landgraaf	21.4%
Nuth	5.4%
Brunssum	12.5%
Onderbanken	-
Simpelveld-Bocholtz	8.0%
Voerendaal	2.7%

Cultuur

De vraag die betrekking heeft op de cultuur geeft aan dat er weinig MZ bekend zijn in Parkstad met een islamitische achtergrond. 102 respondenten geven aan tot de Nederlandse cultuur te behoren, 1 tot de Spaanse, 1 tot de Poolse en 1 respondent voelt zich wereldburger. De zeven resterende respondenten hebben deze vraag niet ingevuld.

Aantal contacten

In tabel 2 heeft de grootste groep van respondenten **37.6%** meer dan vijf contacten met het steunpunt gehad.

Tabel 2. Het aantal contacten met het steunpunt

	% respondenten
1	23.7%
2	18.3%
3-5	20.4%
meer dan 5	37.6%

Algemene tevredenheid over dienstverlening

Van de respondenten geeft **86.1%** aan tevreden tot zeer tevreden te zijn over de dienstverlening van het steunpunt. Een kleine groep van **3.8%** geeft hierop een negatief antwoord. Onderzoek onder deze respondenten zal mogelijk in toekomstige raadplegingen een toegevoegde waarde kunnen opleveren voor verdere ontwikkeling van kwaliteitszorg. De kwaliteitsindicatoren geven het steunpunt de vrijheid om specifieke onderdelen van het product mantelzorgondersteuning afzonderlijk en naar eigen inzicht te meten en te toetsen.

4.2.2 Toegang en bereikbaarheid

Zoals eerder is benoemd zal het steunpunt zich moeten inspannen om nieuwe MZ te vinden die ondersteuning nodig hebben. Aan onderstaande tabel zal ik verder geen conclusies verbinden, maar het geeft een goed beeld over de verdeling van respondenten en de aanleiding van contact.

Tabel 3 Hoe is het contact met het steunpunt ontstaan

	% respondenten
Eigen initiatief	29.6%
Familie/vrienden/kennissen	20.4%
Huisarts	7.1%
Ziekenhuis	2.0%
Verzorgingstehuis	6.1%
Thuiszorg	11.2%
Andere instantie	9.2%
Huis aan huis bladen	7.1%
Folder	4.1%
Internet	1.0%
Overig	2.0%

Onderstaande kruistabel laat zien dat de tevredenheid over de vier thema's, goed tot zeer goed worden bevonden door de meeste respondenten.

Kruistabel 1 Bereikbaarheid en informatievoorziening

	Telefonische bereikbaarheid	Informatie via post	Duidelijkheid over de werkwijze en het aanbod	Tijd tussen aanmelding en opvolging
Totaal niet tevreden	1.1%	1.1%	-	-
Niet tevreden	1.1%	2.2%	1.1%	1.2%
Min of meer tevreden	8.8%	7.7%	10.9%	8.1%
Tevreden	76.9%	68.1%	78.3%	79.1%
Zeer tevreden	12.1%	20.9%	9.8%	11.6%

Als algemene waardering zegt **88.9%** van de respondenten, dat de meeste zaken verlopen naar wens en dat er nauwelijks verbetering nodig is.

4.2.3 Begeleiding en werkwijze

De algemene waardering over de houding van de hulpverleners wordt door **95.9%** als goed tot zeer goed, gewaardeerd.

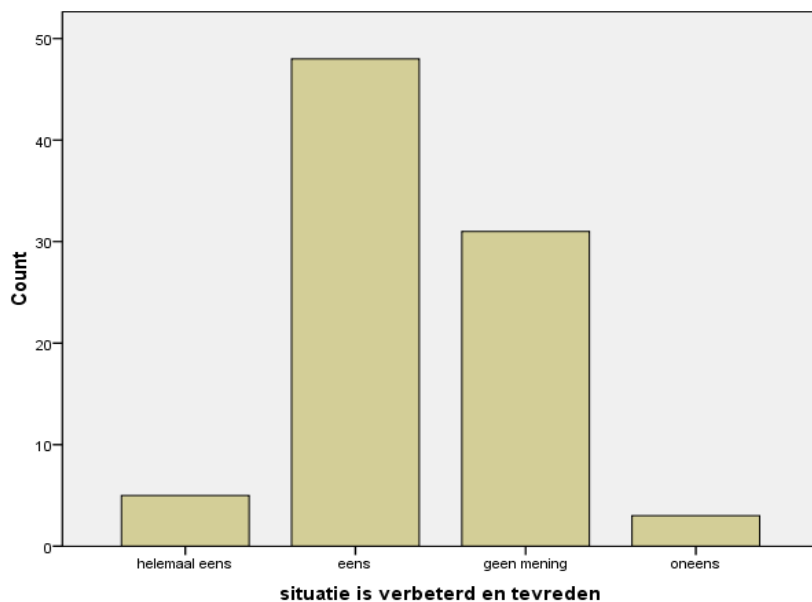
De begeleiding en werkwijze in algemene zin wordt door **93.1%** als voldoende tot nauwelijks verbetering nodig, ervaren.

Nu volgen de uitkomsten van vijf stellingen over de houding, de bejegening en de indruk die de hulpverleners hebben achtergelaten op de respondenten.

Kruistabel 2 Houding en bejegening van de hulpverlener

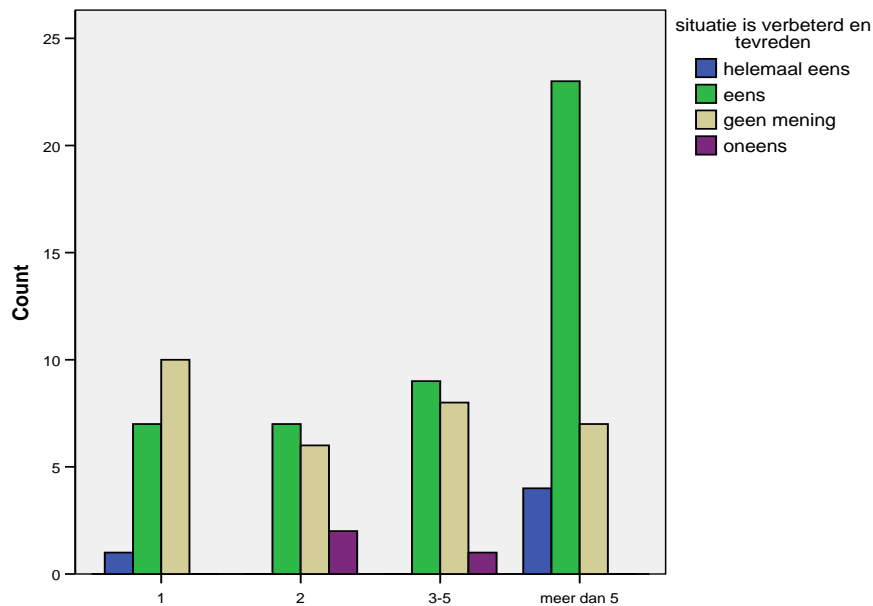
	Is deskundig en respectvol	Komt al zijn afspraken na	Is responsief	Creëert een goede vertrouwensband	Is duidelijk over nieuwe afspraken
Helemaal eens	20.7%	19.0%	17.4%	14.8%	13.6%
Eens	69.0%	66.7%	68.6%	65.4%	71.6%
Geen mening	10.3%	14.3%	11.6%	14.8%	13.6%
Oneens	-	-	2.3%	3.4%	1.1%
Helemaal oneens	-	-	-	1.1%	-

Een belangrijke vraag in dit onderzoek is, of er in ervaring een situatieverbetering is opgetreden na of tijdens contact met het steunpunt. Van de respondenten is **60.9%** het hiermee eens. De groep van **35.6%** die hierover geen mening heeft en de **3.5%** die het ermee oneens zijn, kunnen op een ander (indicator) toetsmoment geraadpleegd worden. Deze vraagstelling is m.i. een essentiële vraag als het gaat om directe mantelzorgondersteuning en moet een vervolg krijgen, gedurende de implementatie van kwaliteitszorg.



Figuur 4.2.3a Grafische weergave van de situatieverbetering

In figuur 4.2.3b laat ik de situatieverbetering en de tevredenheid zien afgezet tegen het aantal contacten. In deze grafiek is te zien dat er positief is gereageerd op de situatieverbetering en tevredenheid op alle geprecodeerde antwoorden.



Figuur 4.2.3b Situatie verbetering afgezet tegen het aantal directe contacten

4.2.4 Diensten en afronding

Kruistabel 3 Tevredenheid over de gebruikte diensten

	Informatie en advies	Individuele begeleiding	Ondersteuning groepsverband	Ontspanning-bijeenkomsten
Totaal niet tevreden	-	-	-	-
Niet tevreden	2.3%	1.4%	2.3%	-
Min of meer tevreden	14.0%	18.6%	11.4%	11.8%
Tevreden	72.1%	71.4%	70.5%	68.4%
Zeer tevreden	11.6%	8.6%	15.9%	19.7%

Kruistabel 3 spreekt voor zichzelf en laat zien dat alle diensten en producten met grote tevredenheid zijn ontvangen. De algemene waardering over het aanbod wordt door **94.9%** van respondenten met voldoende tot goed, gewaardeerd.

4.2.5 Klachten

Het steunpunt heeft nog geen interne klachtenprocedure. MeanderGroep breed is hierin wel voorzien. Het kwaliteitsmodel geeft hierover enkele richtlijnen, echter gaat Mezzo eraan voorbij dat veel lidorganisaties een klein onderdeel zijn van grote zorgaanbieders en nuancering op steunpunt niveau ten aanzien van klachten afhandeling m.i. dubbelop is.

Tabel 4 Klachten

	% respondenten
ja	4.4%
nee	95.6%

Het minimum rapportcijfer dat is gegeven is een **5** en maximaal is een **10** gescoord. Het gemiddelde rapportcijfer is een **7.5**.

4.3 Opmerkingen van de respondenten

Verscheidene respondenten hebben opmerkingen en / of klachten beschreven. Deze zal ik hieronder samenvatten.

“GGZ begint eindelijk in zicht te komen”

“Goed naar de achterban luisteren en weerstanden afbouwen”

“De cursussen zijn erg waardevol en gezellig”

“Informatie inhoudelijk beter formuleren”

“Erop letten dat datgene wat gezegd wordt dat geleverd zou worden, ook daadwerkelijk leveren”

“Ik ervaar het steunpunt als een lichtpuntje”

“Geweldig wat jullie allemaal doen”

“Ik heb telefonisch contact gehad en er zou iemand voor 10 november langskomen, dat is niet gebeurd”

“Meer onderling overleg”

“Ik ben pas geopereerd aan darmkanker maar er is tot op heden nog niemand bij mij geweest, terwijl mijn man dement is. Dat vind ik wel jammer”

In het kader van ‘indicatoren’ kan mogelijk op een later tijdstip gezocht worden naar een betere evaluatiemethode, om gedurende de hulpverlening adequaat en direct op mogelijke negatieve gevoelens van de vrager, te reageren met een kwalitatief responsief antwoord.

Samenvatting

Dit projectproduct is afgenomen om een tevredenheidoordeel te verkrijgen als steunpunt ten opzichte van de vrager. Ik word geacht als projectuitvoerder om verschillende kwaliteitsindicatoren te toetsen, te meten en te organiseren. Deze manier is de meest bewerkelijke, maar levert de beste expertise en deskundigheid op, wat resulteert in een extra competentie.

In dit hoofdstuk werden resultaten uit het onderzoek beschreven. Dit betrof de waardering, ervaring en tevredenheid van de geraadpleegden, over het steunpunt. Er wordt tevens antwoord gegeven op de 5 deelvragen die gesteld zijn aan het begin van dit hoofdstuk.

De thema's van het onderzoek en het kwaliteitsmodel waren:

- toegang en bereikbaarheid
- begeleiding en werkwijze
- bejegening en houding
- diensten en afronding
- resultaatverbetering

Deze thema's komen ruim aan bod en worden positief gewaardeerd door de respondenten. Vooralsnog kan ik aan bovenstaand onderzoek geen causale verbanden of precaire conclusies trekken, echter geeft het een goed beeld over de kwaliteit van het steunpunt naar vragers op dit moment en laat het zien dat de producten en diensten tot nu toe als voldoende worden ervaren.

Einde product 3: Vragerraadpleging

5

Verantwoording

Inleiding

Ik heb door dit project een jaar de kans gekregen om mijn eigen handelen te toetsen aan de voor de opleiding geformaliseerde competenties en de eisen die het steunpunt aan zijn werknemers stelt. De cliënt in wisselwerking met zijn omgeving betekent: dat de situatie van de MZ rigoureus verandert en de wisselwerking tussen hem/haar, de omgeving en de maatschappij direct worden omgegooid. Werken op dat snel veranderende spanningsveld vergt veel kennis, deskundigheid, empathie, nabijheid en het op kort termijn bewerkstelligen van een vertrouwensband, om samen met de cliënt een draagbare en een voor hem/haar acceptabele situatie te creëren. Tijdens dit project is de uitvoering (het eigen handelen) de rode draad geweest en zijn theoretische en technisch instrumentele kaders, onderzocht, geanalyseerd en samengebracht tot een eindschrijving met verschillende projectproducten. De beschrijving van het kwaliteitsmodel (hoofdstuk 3) moet als richtsnoer gelden voor de medewerkers van het steunpunt e.a. Het primaire proces vertegenwoordigt de huidige stand van zaken binnen het steunpunt, in de uitvoering en is een product dat nooit af is. De quickscan geeft aan waar we nu staan en wat er nog gedaan moet worden in de nazorgfase. Als laatste laat de raadpleging enkele cijfers zien en kunnen er lessen voor de toekomst getroffen worden als het gaat om toetsing, borging en resultaat.

Ik zal verder mijn verantwoording naar het steunpunt alsook naar de opleiding MWD in het volgende gedeelte in drie stappen beschrijven.

5.1 Stap 1: De taakgebieden volgens N.Jagt

Taakgebied I

Met name de verandering - en competentiegerichte begeleiding t.a.v. MZ is geformaliseerd naar de kortdurende hulpverlening die het steunpunt biedt (3 tot 5 contacten). De ondersteunende en stabiliserende begeleiding van MZ is met de praktische begeleiding vanuit het steunpunt door dit project m.i. efficiënter vormgegeven. Ik heb een jaar gereflecteerd op de taken en activiteiten die ik als hulpverlener moet uitvoeren en ik heb die in een primair proces beschreven, vanuit het uitvoeringsmodel. Het uitvoeringsmodel van Mezzo gaat over de inzet van je hulpverlening op een kwalitatief goede manier.

De licht outreachende benadering is omschreven. De concrete en informatieve hulpverlening van het steunpunt zal aan de hand van het stroomschema worden uitgevoerd in de praktijk. De probleemexploratie door middel van het intake formulier zal volgens kwaliteitsnormen en toetsing bij elke MZ plaatsvinden (face to face en telefonisch). Het project is ingegaan op de rollen die in trajecten wordt ingenomen door de werknemers. Het project heeft aangegeven dat structureren, bemiddelen, ondersteunen van zorg voor de zorgbehoeftige op langer termijn resultaat zal opleveren voor de MZ om zijn/haar taken langer te kunnen uitvoeren.

Taakgebied II

Het project en vooral de producten zullen op beleidsniveau m.i. verandering teweeg brengen. De uitvoering op micro niveau is onder de loep genomen en door het jaarlijks toetsen van het primaire proces zal het aanbod van het steunpunt verbeterd gaan worden. Er is een bijdrage geleverd aan de beleidsontwikkeling van het steunpunt. De intercollegiale samenwerking is door het project gefaseerd en ingebed. Dit project zal bij implementatie, in externe samenwerkingsverbanden, een goede legitimatie verschaffen ten aanzien van "mantelzorgondersteuning". Het steunpunt is een netwerkorganisatie, dit project zal de samenwerking bevorderen. Door het voeren van een landelijk kwaliteitsmodel, zullen externe partners, zicht hebben op de meerwaarde van het steunpunt. Van waaruit mijn handelen als mantelzorgondersteuner, gelegitimeerd en verantwoord is. Dit project geeft een duidelijk beeld van de problematiek van de doelgroep en de oplossingen die MZ nodig hebben en die het steunpunt als meerwaarde kan bieden. Prestatieveld vier van de WMO kan niet meer los gezien worden van de kwaliteitszorg binnen mantelzorgondersteuning en de meerwaarde van het steunpunt.

Taakgebied III

Mijn handelen is door constante reflectie (theoretisch en praktisch) en feedback, geformaliseerd, verbeterd en eigen gemaakt. Door de planmatige aanpak van het project, heeft mijn competentieontwikkeling gefaseerd plaatsgevonden, om uiteindelijk als maatschappelijk werker aan de slag te gaan. Vanuit het project lever ik op landelijk niveau een bijdrage. De maatschappelijke ontwikkelingen op het gebied van wonen, welzijn, zorg en financiën zijn door het project vertaald naar het product “directe- en indirecte mantelzorgondersteuning”. Uiteindelijk zal de deskundigheid van het project gedeeld worden met andere collega's en disciplines.

5.2 Stap 2: De verworven competenties

Ik ben in staat om hulp-en dienst te verlenen aan cliënten

Een relatie aan te gaan en te onderhouden

Met het gebruik van communicatieve vaardigheden en interventies beoog ik als functionaris van het steunpunt, een samenwerkingsrelatie vorm te geven, tot stand te brengen en te houden. Bewust te zijn van de relatie tussen mij en de cliënt. Respect, serieus nemen, betrokkenheid, afstand nabijheid en metacommunicatie vaardigheden zijn hierin verbeterd. Bewust zijn van eigen normen en waarden. Het herkennen en erkennen van de eigen zienswijze en zingeving van MZ (in verschillende samenstellingen) om vervolgens een dialoog te bewerkstelligen. Mijn ontwikkeling in het opbouwen van een samenwerkingsrelatie om vervolgens vertrouwen te winnen, is deze periode onder de loep van kwaliteit, geprofessionaliseerd.

De situatie te verkennen

Een beeld krijgen van de aard en de omvang van de vraag/probleem van de MZ is een blijvend verbeterende vaardigheid. De complexiteit van de situatie waarin cliënten verkeren, zal duidelijk geëxploreerd moeten worden. De MZ en hun vraag analyseren op verschillende niveaus, is nodig. Analyseren en verbanden leggen tussen die verschillende niveaus is dan wenselijk. Pro-actief, vraaggericht en een neutrale positie innemen tussen verschillende actoren, is dan de houding die ik momenteel inneem.

De situatie te ontrafelen

Het toepassen en verdiepen van mijn eigen objectieve kennis en inzichten, de subjectieve beleving en het sociale (opvattingen over normen en waarden), heeft vorm gekregen tijdens het proces van afstuderen op kwaliteitszorg. En kan nu op cliënt niveau kwalitatief toegepast worden. Bootsma en Snellen leveren hieraan een extra bijdrage in de vorm van een kader en een theoretische onderbouwing, van waaruit ik mijn legitimatie als maatschappelijk werker kan verantwoorden.

De verbetermogelijkheden te benoemen

Het onderzoeken van beperkingen en mogelijkheden bij de cliënt zijn essentieel, om veranderingen te bewerkstelligen. Empowerment, emancipatie, draagkracht en draaglast kunnen hier veel oplossingen en mogelijkheden creëren. Het stellen van haalbare doelen met regelmatige toetsing is verbeterd. Mijn gedrevenheid en het overnemen van verantwoordelijkheden kan een valkuil zijn, alert hierop blijven is een vaardigheid die ik me eigen heb gemaakt. Zoals eigen mogelijkheden en grenzen bewust maken op micro en meso niveau.

Om te verwijzen

Adequaat verwijzen is een moeilijke vaardigheid. Het opbouwen van mijn sociale kaart en het onderhouden hiervan is één van de taken die ik uitvoer bij het steunpunt. Hierbij is het innemen van een neutrale positie vereist en kan nu als blijvende competentie gezien worden die ik door het project sterk heb uitgebreid.

Ik ben in staat om te werken met cliënten

Om methodieken en methoden te gebruiken

Gedurende het afstudeerproject zijn de gebruikte methoden en methodieken getoetst, geëxpliciteerd en geïmplementeerd in mijn handelen als maatschappelijk werker en consulent bij het steunpunt. Verdieping, legitimatie en verantwoording vanuit mijn professie is toepasbaar geworden door kwalitatief te kijken naar mijn eigen handelen.

Om Hulp-en dienst te verlenen aan individuen en aan verschillend samengestelde groepen

Ik werk momenteel met verschillende samengestelde groepen, het hanteren en herkennen van verschillende spanningsvelden en de verschillende normen en waarden, is verbeterd. Circulariteit, dialogische vraagstelling en het bevorderen van de interactieontwikkeling bij MZ en hun systeem heeft door verschillende ondersteuningstrajecten de laatste twee jaar een eigen vorm gekregen. Mijn positiviteit, energie en enthousiasme zijn daarin de kracht.

Ik ben in staat om te werken voor cliënten

Om factoren te signaleren, het signaleringsproces in gang te brengen, signalen onder de aandacht te brengen en in eigen sector te benoemen

Vaardigheden ten aanzien van signaleren die ik me eigen heb gemaakt zijn:

- Het hanteren van de dubbele doelstelling werker en functionaris.
- Het ingrijpen of niet ingrijpen op hiaten binnen de instelling.
- Verbeteringen eerst op teamniveau te implementeren.
- Signalen cliëntoverstijgend te maken.
- Analyseren van communicatie binnen de instellingen.
- Bewust zijn over grenzen van persoonlijke verantwoordelijkheid en bevoegdheid.
- Onderhandelingsvaardigheden zijn gegroeid.
- Het presenteren en argumenteren van signalen.
- Aanpassingen en vernieuwingen aangeven.

Ik ben in staat om te werken in een arbeidsomgeving

Om samen te werken en verantwoording af te leggen

Mijn open en respectvolle houding, kennis en echtheid hebben mij in multidisciplinaire samenwerkingsrelaties geholpen om een professionele positie in te nemen. Was mijn houding eerst iets te amicaal en te nabij, nu kan ik professioneel omgaan met de kaders en beperkingen die samenwerking met zich meebrengt. Verschillende rollen naar andere collega's kan ik nu hanteren. Een scheiding maken tussen cliënt en professional en de daarbij horende taak is gegroeid. Terughoudendheid in samenwerkingsverbanden is verbeterd. De opleiding heeft me met "Snellen en Bootsma" duidelijke handvatten gegeven, waardoor mijn gedragsverandering zichtbaar is geworden bij het steunpunt en mijn rol als hulpverlener duidelijk is. Ik blijf een gedreven, gemotiveerde en energieke werker met de daarbij behorende valkuilen. Ik zal altijd de grens opzoeken binnen mijn werk.

Onderstaande kwalificaties spreken voor zich. Dit project (deze scriptie) laat zien dat deze competenties aanwezig zijn in mijn handelen als professional.

Kwalificatie 2.4: Bijdrage leveren aan beleid.

Kwalificatie 2.5: Bijdrage leveren aan beheer.

Kwalificatie 2.6: Bijdrage leveren aan kwaliteitszorg.

Kwalificatie 2.7: Bijdrage leveren aan projecten.

Kwalificatie 2.8: Contacten aangaan met externen.

Kwalificatie 2.9: Met derden samenwerken.

Kwalificatie 2.10: Cliënten bereiken

Ik ben in staat om te werken aan professionaliteit en professionalisering

Tijdens mijn werk constant reflecteren op mijn beleving en handelen is verbeterd. Het gevoel onder woorden brengen, bewust maken en delen met derden gaat op een professionele manier. Mijn kwetsbaarheid is aanwezig en duidelijk voor mijn collega's. Schaamte, spanningen, onrust, faalangst en onzekerheid maak ik nu bespreekbaar.

Mijn oplossingsenthousiasme en het snel overnemen van de verantwoordelijkheid van cliënten is gedoseerd, maar blijft een valkuil waar ik alert op moet blijven. De laatste twee jaar ben ik gegroeid om niet handelen als handelen te ervaren en te voelen. Nadenken en analyseren over alternatief

gedrag en uitproberen is volgens de maandelijkse werkbesprekingen met de coördinator structureel geworden. Secundaire socialisaties eigen maken is een proces dat ik onder de knie heb. Verder heeft dit project een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van het beroep als het gaat om kwaliteitszorg en het implementeren hiervan als maatschappelijk werker. Waren het eerst kwaliteitsmedewerkers die zich hiermee bezighielden. Ik laat zien dat ik als maatschappelijk werker competenties bezit om deze materie op kwalitatief vereist niveau, te hanteren, te vertalen, te analyseren, te implementeren en te internaliseren.

5.3 Stap 3: Reflection after action

Wat heeft het project opgeleverd ten aanzien van mijn houding?

Ik kan als eerste een neutrale en onafhankelijke positie innemen. Open en betrokken zijn en afstandnabijheid goed hanteren. Ik heb respect en invoelingsvermogen met de doelgroep. Ik bezit echtheid en empathie als basishouding. Ik ben zakelijk, flexibel en vasthoudend met tact en doortastendheid. Ik kan omgaan met gezag en macht met een lichte bescheidenheid. Ik ben creatief, gedreven, positief en enthousiast met als doel: verantwoordelijkheid bij het systeem laten. Ik durf grenzen op te zoeken alsook over de grenzen te kijken van mijn eigen vakgebied.

Wat heeft het project opgeleverd ten aanzien van mijn kennis?

Ik kan verbinding leggen tussen maatschappelijke voorzieningen en producten in de zorg en dienstverlening. Ik beschik over een uitgebreid netwerk en heb een goede kennis van dit netwerk. Ik kan methodisch en planmatig handelen en kan een goede analyse maken van alle leefgebieden. Ik kan de (on)mogelijkheden van het systeem goed analyseren en in kaart brengen. Ik kan multidisciplinair samenwerken. Ik kan de outreachende methodiek alsook de andere methodieken eclecticisch hanteren. Ik heb kennis van verschillende instellingsbelangen.

Ik bezit goede communicatieve vaardigheden en heb kennis van verschillende gesprekstechnieken. Ik ben vertrouwd met het behoeftapatroon van de doelgroep. Ik ben op de hoogte van zijn verhoudingen met betrekking op de leefgebieden. Ik heb kennis van het functioneren van mensen in hun onderlinge relaties en ik heb kennis van lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de doelgroep.

Wat heeft het project opgeleverd ten aanzien van mijn vaardigheden?

Ik kan goed overzicht van het totaal houden. Ik kan methodisch, gefaseerd en planmatig werken. Ik kan snel een vertrouwensband creëren. Ik kan de draaglast en draagkracht in kaart brengen. Ik kan de probleemhistorie achterhalen. Ik kan een behoefte analyse maken. Ik kan omgaan met verschillende belangen, beperkingen, rechten en plichten op meso en macro niveau. Ik kan contacten leggen met instellingen en organisaties. Ik kan overlegsituaties organiseren. Ik kan de rol van gespreksleider/ voorzitter innemen. Goed samenvatten en conclusies trekken. Verantwoordelijkheden bespreekbaar maken. Signaleren, belangenbehartiging en preventie structureel uitvoeren. Omgaan met verschillende registratiesystemen. Gegevens rubriceren, analyseren en terugkoppelen en van eigen subjectiviteit en waardeoordelen weglatend, concretiseren en delen. Ik heb kennis van tekstverwerkingsprogramma's en verschillende spreadsheets.

Nawoord

Mijn visie is dat ik als maatschappelijk werker me niet te gering moet schatten. Het vaststaande feit is dat ik meer dan andere beroepsgroepen kennis heb van de sociale omstandigheden en de maatschappelijke context waarin de cliënt is gelegen.

Het beroep biedt daarom juist bij uitstek de mogelijkheid om als intermediair tussen andere disciplines te kunnen optreden, maar ook als verbinding tussen de interne problematiek van de cliënt en het professionele netwerk daaromheen.

De houding die ik denk te moeten hebben moet worden gekenmerkt, door het bieden van kennisoverdracht over en weer en openstaan voor elkaars werkwijze. We moeten ons willen verdiepen in andere methoden en de effecten daarvan en die respecteren.



Woordenlijst

Actor: Een partij die een bepalende factor is rondom de succeskans van een project.

Audit: Een audit is een kwaliteitsevaluatie: een systematisch en onafhankelijk onderzoek om te bepalen of kwaliteitsactiviteiten en de resultaten hiervan overeenkomen met vastgelegde regelingen. En om te bepalen of deze regelingen doeltreffend zijn uitgevoerd en geschikt zijn voor het bereiken van de doelstellingen.

Borgen: Het zodanig eigen maken van veranderingen dat deze veranderingen geheel zijn ingebed en verankerd in de organisatie

Certificatie: Activiteiten op grond waarvan een onafhankelijke instantie kenbaar maakt dat er een gerechtvaardigd vertrouwen bestaat in het feit dat een duidelijk omschreven onderwerp van certificatie in overeenstemming is met een bepaalde norm of een bepaald eisenstellend document. Bij een certificatie wordt de eerste toetsing de initiële audit genoemd. Vervolgens wordt jaarlijks een vervolgonderzoek audit uitgevoerd volgens een vooraf opgesteld programma.

Certificatieschema: Overzicht van normen voor certificatie. In een door Mezzo opgesteld certificatieschema zijn de visies van de verschillende partijen (cliënten, zorgaanbieders en financiers) op de kwaliteit waaraan moet worden voldaan, uitgedrukt in normen.

Continue verbeteren: Zich herhalende activiteit om het vermogen om aan eisen te voldoen, te vergroten. Het proces vaststellen van doelstellingen en het vinden van kansen voor verbetering is een continu proces dat gebruikt maakt van audit bevindingen en audit conclusies, analyse van gegevens, systeembeoordelingen of andere middelen. Het leidt in het algemeen tot corrigerende of preventieve maatregelen.

Effectief: Doeltreffend: het beoogde resultaat wordt bereikt.

Efficiënt: Doelmatig: de middelen worden optimaal ingezet.

Externe audit: Een extern systematisch en onafhankelijk onderzoek voor het verkrijgen van bewijsmateriaal en het objectief beoordelen daarvan. Zo is vast te stellen in welke mate vastgelegde afspraken overeenkomen met de dagelijkse praktijk en de normen waaraan getoetst wordt. Een externe audit wordt uitgevoerd door daartoe opgeleide auditors.

Gebruikelijke zorg: Normale dagelijkse zorg van partners of ouders en kinderen voor elkaar, die als leefeenheid een gezamenlijk huishouden voeren een maximum van drie maanden (HBH, PV, VP, AB/OB).

Handboek kwaliteit: Dit handboek beschrijft de wijze waarop het werk (de afdeling/de dienst/de instelling) georganiseerd is. Het handboek vormt het raamwerk waarin terug te vinden is hoe het kwaliteitssysteem is georganiseerd.

Implementeren: Het testen, introduceren en in gebruik nemen van een nieuw systeem, een nieuwe werkwijze of een nieuwe methode/methodiek.

Indicator: Meetbare grootte die een aanwijzing geeft over, of een signalerende functie heeft met betrekking tot de kwaliteit van een bepaald aspect van de mantelzorgondersteuning.

Inhoudskwaliteit: Gaat over de dienstverlening die daadwerkelijk wordt geleverd aan de klant (vrager).

Informele zorg: Alle zorg die (onbetaald) geboden wordt door mensen in een relatie (of in georganiseerd verband) met de zorgbehoeftige anders dan op een professionele basis. Mantelzorg en vrijwillige zorg.

ISO-9000 serie: De ISO normen zijn normen die van origine afkomstig zijn uit het (Britse) leger. Daar had men het belang ingezien van, standaardiseren, ontwerpen en vastleggen van werkzaamheden bij de productie (bijvoorbeeld: de productie van explosieven). Daarbij heeft men goede ervaringen opgedaan met kwaliteitsnormen. Dit was voor de industrie aanleiding om eveneens normen te gaan ontwikkelen voor de civiele markt (BS (Britisch Standard) 5750). Ook andere landen waren bezig met het ontwikkelen van diverse normen. Daarom werd er door de International Standards Organization (ISO) een commissie samengesteld met de opdracht een internationale kwaliteitsstandaard op te stellen.

Interne audit: Een intern systematisch, onafhankelijk en gedocumenteerd proces voor verkrijging van audit bewijsmateriaal en objectieve beoordeling daarvan, om vast te stellen in welke mate vastgelegde afspraken overeenkomen met de dagelijkse praktijk. Wordt uitgevoerd door daartoe geschoolde medewerkers van de eigen organisatie.

Klacht: Uiting van onvrede of smart.

Kwaliteitsysteem: De organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen nodig voor de uitvoering van het kwaliteitsbeleid en het bereiken van de vastgestelde kwaliteitsdoelstellingen.

Kwaliteitsverbetering: Aspect van het gevoerde kwaliteitsmodel gericht op het vergroten van het vermogen om te voldoen aan de kwaliteitseisen.

Kwaliteitszorg: Alle systematische en geplande activiteiten die gericht zijn op continue beheersing, bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg.

Mantelzorg: De hulp bij het dagelijks functioneren, die vrijwillig en onbetaald wordt verleend aan personen uit het sociale netwerk die (door welke oorzaak dan ook) vrij ernstige fysieke, verstandelijke of psychische beperkingen hebben.' Het gaat om zorg die niet in het kader van een hulpverlenend beroep wordt gegeven en waarbij de zorg rechtstreeks voortvloeit uit de sociale relatie tussen hulpverlener en de hulpbehoevende oudere, gehandicapte of zieke. Een MZ is iemand die meer dan 8 uur per week zorg en hulp verleent en een intensieve MZ doet dat langer dan 3 maanden achtereen (bron: SCP)

Missie: Globale omschrijving van wat de organisatie beoogt te doen, de reden van bestaan en de waarden die ten grondslag liggen in haar bestaan.

Norm: Toestand of manier van handelen die als doel wordt beschouwd en waarnaar een categorie van personen zich kan of moet richten; een toestand die voor een categorie van zaken vereist is.

Nulmeting: Het resultaat van bijvoorbeeld een quickscan, dat gebruikt wordt als uitgangspunt bij bijvoorbeeld de start van een project of traject.

Systeemkwaliteit: Gaat over alle zaken die geregeld moeten worden om die dienstverlening te kunnen bieden; medewerkers, werkwijzen, methodieken, verantwoordelijkheden etc.

Papieren tijger: Een karikatuur van een handboek waaraan geen waarde wordt gehecht, door de hoeveelheid aan beschreven procedures en processen en de overmaat van meten en toetsen.

Primair proces: De zorg en dienstverlening aan de cliënt.

Procedure: Gespecificeerde wijze van het uitvoeren van een activiteit of een proces. Procedures kunnen al dan niet gedocumenteerd zijn. In een procedure worden de onderlinge afspraken tussen afdelingen of teams vastgelegd over bijvoorbeeld de termijn waarbinnen registratie plaatsvindt of de wijze waarop raakvlakken worden beheerst. Ook zijn verantwoordelijkheden duidelijk in de procedure vastgesteld. Onder een gedocumenteerde procedure wordt in de normen een procedure verstaan die opgezet, gedocumenteerd, geïmplementeerd en bijgehouden is.

Proces: Geheel van samenhangende of elkaar beïnvloedende activiteiten dat input omzet in output. Een proces waarbij de conformiteit van het resulterende product niet eenvoudig of economisch kan worden geverifieerd, wordt een 'speciaal proces' genoemd.

Procesbeheersing: Technische en organisatorische regelkringen functioneren in een proces. Dit proces wordt beheerst door het te sturen en te regelen.

Projectgroep: Is verantwoordelijk voor het realiseren van de beoogde resultaten van het project. In de projectgroep zitten mensen die het project uitvoeren. De projectgroep bestaat uit de projectleider en een aantal project medewerkers. Een projectgroep bestaat uit maximaal acht personen.

Quickscan: Een quickscan is een methode om op een snelle wijze allerlei soorten gegevens en relaties tussen gegevens te onderzoeken. De gegevens geven inzicht van de situatie op het moment van meten.

Stroomschema: Een stroomschema is een tekening van de verschillende stappen in de volgorde waarin ze doorlopen worden. Het laat zien in welke volgorde activiteiten plaatsvinden, cliënten het proces binnenkomen en/of verlaten, beslissingen moeten worden genomen en personen worden betrokken.

Respijtzorg: Vervangende mantelzorg, zodat de MZ tijd krijgt voor zichzelf, om zo de zorg langer vol te kunnen houden.

Toetsen: Vaststellen of de resultaten van een onderzoek voldoen aan de vastgestelde eisen.

Visie: Hierin staat beschreven hoe de organisatie in een voorliggende periode gestalte geeft aan haar missie.

Visitatie: Een vorm van onderlinge toetsing. Het is een structuurgerichte beoordeling van kwaliteit door vakgenoten uit een soortgelijke instelling. Zij toetsen het professioneel handelen aan de hand van door de beroepsvereniging geaccepteerde criteria. Voor het Mezzo model zijn hierover nog geen duidelijke afspraken gemaakt.

5 W's: De vijf onderdelen die beschreven moeten zijn om tot een volledige procesbeschrijving te komen (wie, wat, waar, wanneer, waarom)

Vragerraadpleging: Een cliënttevredenheid onderzoek gericht naar de eigenheid van de MZ (vrager).

Afkortingen:

AWBZ:	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CIZOP:	Centrum Informele Zorg Ondersteuning Parkstad
HKZ:	Harmonisatie Kwaliteitsnormen in de Zorgsector
MADI:	Maatschappelijke Dienstverlening Nuth
PDCA-cyclus:	Plan Do Check Act, een cyclisch systeem van verbeteren, een karakteristiek onderdeel van kwaliteitssystemen
SCP:	Sociaal Cultureel Planbureau
VNG:	Vereniging Nederlandse Gemeenten
WMO:	Wet Maatschappelijke Ondersteuning



Literatuurlijst

Baarda, D., Goede de, M., *Basisboek Methoden en Technieken*, Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek, Wolters-Noordhoff bv, Groningen/Houten 2006.

Bootsma, J., *Maatschappelijk werk in model*, Over zorgvuldig hulpverleners en de drievoudige professionaliteit van maatschappelijk werkers, SWP, Amsterdam 2007.

Groote, G., Hugenholtz-Sasse, C., e.a., *Projecten leiden*, Methoden en technieken voor projectmatig werken, Spectrum, Utrecht 2005.

Holstvoogd, R., *Maatschappelijk werk in kerntaken*, Sociaal agogisch basisboek, Bohn, Stafleu, van Loghum, Houten/Diegem 1995.

Jagt, N., *beroepsprofiel van de maatschappelijk werker*, Anraad, Utrecht 2006.

Knipscheer, K. (red.), *Dilemma's in mantelzorg*, NIZW, Utrecht 2004.

Nabitz, U., Polak, H., (red.), *De kunst van kwaliteit*, Handreikingen voor het gebruik van HKZ en INK in de zorg, SWP, Amsterdam 2007.

Schuringa, L., *Sociaal agogische projecten*, Tweetrapsraket als methode, Nelissen, Soest 2005.

Snellen, A., *Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk*, Cotinho, Bussum 2007.

Wersch van, S., e.a., *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*, NVKZ, SWP, Amsterdam 2006.

Zoest van, C., *Kwaliteitszorg voor non-profitorganisaties*, Met succes overleven in een in een concurrerende markt, Nelissen, Soest 2005.

Onderzoeken en rapporten

Boer de, A.H. (e.a.), *Mantelzorg in getallen*, SCP, Den Haag 2003.

Boer de, A. (red.), *Kijk op informele zorg*, SCP, Den Haag 2005.

Boer de, A.H., Timmermans, J., Iedema, J., *De mantelval*, Over de dreigende overbelasting van de mantelzorger, SCP, Den Haag 2005.

Boer de, A. (red.), *Toekomstverkenning informele zorg*, SCP, Den Haag 2007.

Boer de, A. H. (e.a.), *Mantelzorg*, een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007, SCP, Den Haag 2009.

Can, P., Robben, M., *Van start naar finish*, Werkboek HKZ, HKZ basis voor beter, Utrecht 2009.

Cultuur, welzijn en zorg, *Van elkaar voor elkaar*, Visiedocument informele zorg, Provincie Limburg 2008.

Duijf, E., Adviesgroep Terts, Veltman, M., *Landelijk model kwaliteitssysteem voor steunpunten Mantelzorg en organisaties voor intensieve vrijwilligerszorg*, Mezzo, Bunnik 2007.

Hajema, K., *Mantelzorg geven en mantelzorg krijgen in oostelijk Zuid-Limburg*, Factsheet: gezondheidsbevordering, GGD, Zuid-Limburg 2006.

Mezzo/Bureau HHM, *Kwaliteitsmodel Mezzo*, code 251, Bunnik 2008.

Mezzo/ HHM, *Gebruikshandleiding zelfdiagnose kwaliteitsmodel Mezzo*, Bunnik 2008.

Zomerplaag, J., *Vragerraadpleging mantel-en vrijwilligerszorg*, Ontwikkelen en testen instrument voor het raadplegen van mantelzorgers, vrijwilligers en mensen die vrijwilligerszorg ontvangen, Vilans, Utrecht 2008.

Gebruikte websites

www.movisie.nl

www.hkz.nl

www.scp.nl

www.mezzo.nl

www.vilans.nl

www.expertisecentrummantelzorg.nl

www.google/afbeeldingen

www.wikipedia.nl

www.cbs.nl

www.limburg.nl

www.parkstadmonitor.nl

www.nuth.nl

Ter informatie

www.mantelzorgparkstad.nl



Bijlagen

Vragenlijst van product 3

Met deze vragenlijst onderzoeken wij in hoeverre u tevreden bent over de hulpverlening en het dienstenaanbod van het
Steunpunt voor Mantelzorgers

Wij vragen u de vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen:

- *Kruis slechts één antwoord aan per vraag*
- *Kies daarbij het antwoord dat het beste bij u past*
- *Meestal is het antwoord dat het eerst bij u opkomt het juiste antwoord*
- *Er zijn geen goede of foute antwoorden, het gaat ons om uw mening*
- *Probeer bij de open vragen kort en duidelijk te zijn*
- *Vragen die niet op u van toepassing zijn, hoeft u niet te beantwoorden*
- *Uw anonimiteit wordt gewaarborgd en de resultaten zullen met zorg verwerkt worden*

Algemene vragen

1. Bent u op dit moment:

- Mantelzorger
- Ex-mantelzorger
- Anders, namelijk.....

2. U zorgt voor:

- Partner
- Kind(eren)
- Ouders
- Grootouders
- Familie (anders)
- Buur/ buren
- Vriend (in)
- Kennis
- Anders, namelijk.....

3. Hoe beleeft u, als mantelzorger, het geven van zorg?

- Zwaar, heb er problemen mee
- Zwaar, maar heb er geen problemen mee
- Niet zwaar, maar heb er wel problemen mee
- Niet zwaar, het gaat goed
- Anders, namelijk

4. Wat is uw geslacht?

- man
- vrouw

5. Mijn leeftijd is jaar.

6. Ik ben woonachtig in (omcirkel wat voor u van toepassing is):

Kerkrade / Heerlen / Landgraaf / Nuth / Brunssum / Onderbanken / Simpelveld-Bocholtz / Voerendaal

7. Tot welke cultuur voelt u zich behoren?

- Nederlands
- Anders namelijk,.....

8. Wanneer was uw laatste contact met het Steunpunt? (probeer zo volledig mogelijk te zijn. Minimaal maand en jaar invullen)

...../...../..... (dag/maand/jaar)

9. Hoeveel contacten heeft u in totaal gehad met het Steunpunt? (met contacten wordt bedoeld: telefonische/schriftelijke/directe met één van de medewerkers of via groepscontacten)

- 1
- 2
- 3-5
- meer dan 5

10. Indien u reeds gebruik gemaakt heeft van de ondersteuningsdiensten van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening?

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

Toegang & bereikbaarheid.

11. Wie of wat heeft u op het idee gebracht om ondersteuning via het Steunpunt te vragen?

- Eigen initiatief
- Familie/vrienden/kennissen
- Huisarts
- Ziekenhuis
- Verzorgingstehuis
- Thuiszorg
- Andere instantie
- Huis aan huis bladen
- Folder
- Internet
- Overig

12. Hoe tevreden bent u over de telefonische bereikbaarheid van het Steunpunt?

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

13. Hoe tevreden bent u over de manier waarmee het Steunpunt u per post informeert?

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

14. Hoe tevreden bent u over de duidelijkheid van de werkwijze en het aanbod van het Steunpunt?

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

15. Hoe tevreden was u over de tijd tussen de eerste aanmelding en de eerste afspraak?

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

16. Wat is uw algemene waardering voor de toegang en bereikbaarheid van het Steunpunt?

- Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig
- Matig, op enkele punten is verbetering nodig
- Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens
- Goed, er is nauwelijks verbetering nodig

Begeleiding & werkwijze

17. Hoe noemt u de houding van de hulpverleners van het Steunpunt?

- Uitstekend
- Zeer goed
- Goed
- Matig
- Slecht

18. Wat is uw algemene waardering voor de begeleiding en werkwijze.

- Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig
- Matig, op enkele punten is verbetering nodig

- Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens
- Goed, er is nauwelijks verbetering nodig

19. Nu volgen een aantal stellingen waarbij u kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent. Wederom kunt u het antwoord aankruisen wat het best uw mening weerspiegelt

A. De hulpverlener is deskundig en gaat respectvol met mijn vraag/probleem om.

- Helemaal eens
- Eens
- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

B. De hulpverlener kwam al zijn afspraken na.

- Helemaal eens
- Eens
- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

C. De hulpverlener vroeg voldoende naar mijn mening en paste het advies, de bemiddeling of ondersteuning voldoende aan, aan mijn eigen mogelijkheden en wensen.

- Helemaal eens
- Eens
- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

D. Ik heb voldoende vertrouwen gehad in de hulpverlener om mijn vraag/probleem bij hem/haar neer te leggen.

- Helemaal eens
- Eens
- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

E. Tijdens het laatste contact met het Steunpunt is u duidelijk uitgelegd wat u kunt doen als er zich opnieuw vragen/problemen voordoen m.b.t. uw mantelzorg.

- Helemaal eens
- Eens
- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

F. Mijn situatie is verbeterd na contact met het Steunpunt en ik ben tevreden over het bereikte resultaat.

- Helemaal eens
- Eens

- Geen mening
- Oneens
- Helemaal oneens

Diensten & afronding

20. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van de informatie en adviesfunctie van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? *(b.v. telefonische vragen over voorzieningen en regelingen)*

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

21. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van de individuele begeleiding van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? *(b.v. huisbezoek m.b.t. regelzaken of emotionele ondersteuning)*

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

22. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van ondersteuning in groepsverband, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? *(b.v. cursussen of gespreksgroepen voor lotgenoten)*

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

23. Indien u reeds deelgenomen heeft aan ontspanningsbijeenkomsten van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? *(b.v. inloopdagen, Dag van de Mantelzorg)*

- Totaal niet tevreden
- Niet tevreden
- Min of meer tevreden
- Tevreden
- Zeer tevreden

24. Wat is uw algemene waardering voor de diensten en afronding van het Steunpunt.

- Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig
- Matig, op enkele punten is verbetering nodig
- Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens
- Goed, er is nauwelijks verbetering nodig

Klachten & verbetering

25. Hebt u wel eens een klacht willen indienen bij het Steunpunt?

- ja
- nee

26. Welk rapportcijfer zou u momenteel geven aan het Steunpunt?
(omcirkel het getal dat u als rapportcijfer wilt geven)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Hoe kan het Steunpunt dit rapportcijfer verbeteren?

28. Wilt u tot slot nog iets kwijt m.b.t. de onderwerpen in dit onderzoek?

*U bent vriendelijk bedankt voor het invullen van deze vragenlijst.
Wij wensen u een prettige voortzetting van deze dag!*



Bijlagen

SPSS tabellen van product 3

Algemene vragen

1. Bent u op dit moment:

	aantal	percentage %
Mantelzorger	101	90.2
Ex-mantelzorger	9	8.0
Anders	2	1.8
Missing		
Totaal	112	100

2. U zorgt voor:

	aantal	percentages %
Partner	54	48.2
Kind(eren)	14	12.5
Ouders	27	24.1
Grootouders	-	-
Familie (anders)	8	7.1
Buur/ buren	2	1.8
Vriend (in)	3	2.7
Kennis	-	-
Anders	4	3.6
Missing	-	-
Totaal	112	100

3. Hoe beleeft u, als mantelzorger, het geven van zorg?

	aantal	percentages %	naar 100%
Zwaar, heb er problemen mee	29	25.9	26.4
Zwaar, maar heb er geen problemen mee	38	33.9	34.5
Niet zwaar, maar heb er wel problemen mee	18	16.1	16.4
Niet zwaar, het gaat goed	21	18.8	19.1
Anders	4	3.6	3.6
Missing	2	1.8	-
Totaal	112	100	100

4. Wat is uw geslacht?

	aantal	percentages
man	31	27.7
vrouw	81	72.3
Totaal	112	100

5. Mijn leeftijd is

Minimum leeftijd: 43 jaar

Maximum leeftijd: 83 jaar

Gemiddelde leeftijd respondenten: 61.4 jaar

6. Ik ben woonachtig in

	aantal	percentages %
Kerkrade	18	16.1
Heerlen	38	33.9
Landgraaf	24	21.4
Nuth	6	5.4
Brunssum	14	12.5
Onderbanken	-	-
Simpelveld-Bocholtz	9	8.0
Voerendaal	3	2.7
Totaal	112	100

7. Tot welke cultuur voelt u zich behoren?

8. Wanneer was uw laatste contact met het Steunpunt? (probeer zo volledig mogelijk te zijn. Minimaal maand en jaar invullen)

9. Hoeveel contacten heeft u in totaal gehad met het Steunpunt? (met contacten wordt bedoeld: telefonische/schriftelijke/directe met één van de medewerkers of via groepscontacten)

	aantal	percentages %	naar 100%
1	22	19.6	23.7
2	17	15.2	18.3
3-5	19	17.0	20.4
meer dan 5	35	31.2	37.6
missing	19	17.0	-
totaal	112	100	100

10. Indien u reeds gebruik gemaakt heeft van de ondersteuningsdiensten van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening?

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	1	0.9	1.3
Niet tevreden	2	1.8	2.5
Min of meer tevreden	8	7.1	10.1
Tevreden	55	49.1	69.6
Zeer tevreden	13	11.6	16.5
Missing	33	29.5	-
Totaal	112	100	100

Toegang & bereikbaarheid.

11. Wie of wat heeft u op het idee gebracht om ondersteuning via het Steunpunt te vragen?

	aantal	percentages %	naar 100%
Eigen initiatief	29	25.9	29.6
Familie/vrienden/kennissen	20	17.9	20.4
Huisarts	7	6.2	7.1
Ziekenhuis	2	1.8	2.0
Verzorgingstehuis	6	5.4	6.1
Thuiszorg	11	9.8	11.2
Andere instantie	9	8.0	9.2
Huis aan huis bladen	7	6.2	7.1
Folder	4	3.6	4.1
Internet	1	0.9	1.0
Overig	2	1.8	2.0
Missing	14	12.5	-
Totaal	112	100	100

12. Hoe tevreden bent u over de telefonische bereikbaarheid van het Steunpunt?

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	1	0.9	1.1
Niet tevreden	1	0.9	1.1
Min of meer tevreden	8	7.1	8.8
Tevreden	70	62.5	76.9
Zeervrededen	11	9.8	12.1
Missing	21	18.8	-
Totaal	112	100	100

13. Hoe tevreden bent u over de manier waarmee het Steunpunt u per post informeert?

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	1	0.9	1.1
Niet tevreden	2	1.8	2.2
Min of meer tevreden	7	6.2	7.7
Tevreden	62	55.4	68.1
Zeervrededen	19	17.0	20.9
Missing	21	18.2	-
Totaal	112	100	100

14. Hoe tevreden bent u over de duidelijkheid van de werkwijze en het aanbod van het Steunpunt?

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	1	0.9	1.1
Min of meer tevreden	10	8.9	10.9
Tevreden	72	64.3	78.3
Zeervrededen	9	8.0	9.8
Missing	20	17.9	-
Totaal	112	100	100

15. Hoe tevreden was u over de tijd tussen de eerste aanmelding en de eerste afspraak?

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	1	0.9	1.2
Min of meer tevreden	7	6.2	8.1
Tevreden	68	60.7	79.1
Zeervrededen	10	8.9	11.6
Missing	26	23.2	-
Totaal	112	100	100

16. Wat is uw algemene waardering voor de toegang en bereikbaarheid van het Steunpunt?

	aantal	percentages	naar 100%
Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig	-	-	-
Matig, op enkele punten is verbetering nodig	10	8.9	11.1
Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens	68	60.7	75.6
Goed, er is nauwelijks verbetering nodig	12	10.7	13.3
Missing	22	19.6	-

Totaal	112	100	100
--------	-----	-----	-----

Begeleiding & werkwijze

17. Hoe noemt u de houding van de hulpverleners van het Steunpunt?

	aantal	percentages %	naar 100%
Uitstekend	16	14.3	16.7
Zeer goed	28	25.0	29.2
Goed	48	42.9	50.0
Matig	4	3.6	4.2
Slecht	-	-	-
Missing	16	14.3	-
Totaal	112	100	100

18. Wat is uw algemene waardering voor de begeleiding en werkwijze.

	aantal	percentages %	naar 100%
Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig	1	0.9	1.1
Matig, op enkele punten is verbetering nodig	5	4.5	5.7
Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens	65	58.0	74.7
Goed, er is nauwelijks verbetering nodig	16	14.3	18.4
Missing	25	22.3	-
Totaal	112	100	100

19. Nu volgen een aantal stellingen waarbij u kunt aangeven in hoeverre u het met de stelling eens of oneens bent. Wederom kunt u het antwoord aankruisen wat het best uw mening weerspiegelt

G. De hulpverlener is deskundig en gaat respectvol met mijn vraag/probleem om.

	aantal	percentages %	naar 100%
Helemaal eens	18	16.1	20.7
Eens	60	53.6	69.0
Geen mening	9	8.0	10.3
Oneens	-	-	-
Helemaal oneens	-	-	-
Missing	25	22.3	-
Totaal	112	100	100

H. De hulpverlener kwam al zijn afspraken na.

	aantal	Percentages %	naar 100%
Helemaal eens	16	14.3	19.0
Eens	56	50.0	66.7
Geen mening	12	10.7	14.3
Oneens	-	-	-
Helemaal oneens	-	-	-
Missing	28	25.0	-
Totaal	112	100	100

I. De hulpverlener vroeg voldoende naar mijn mening en paste het advies, de bemiddeling of ondersteuning voldoende aan, aan mijn eigen mogelijkheden en wensen.

	aantal	percentages %	naar 100%
Helemaal eens	15	13.4	17.4
Eens	59	52.7	68.6
Geen mening	10	8.9	11.6
Oneens	2	1.8	2.3
Helemaal oneens	-	-	-
Missing	23	23.2	-
Totaal	112	100	100

J. Ik heb voldoende vertrouwen gehad in de hulpverlener om mijn vraag/probleem bij hem/haar neer te leggen.

	aantal	percentages %	naar 100%
Helemaal eens	13	11.6	14.8
Eens	58	51.8	65.4
Geen mening	13	11.6	14.8
Oneens	3	2.7	3.4
Helemaal oneens	1	0.9	1.1
Missing	24	21.4	-
Totaal	112	100	100

K. Tijdens het laatste contact met het Steunpunt is u duidelijk uitgelegd wat u kunt doen als er zich opnieuw vragen/problemen voordoen m.b.t. uw mantelzorg.

	aantal	percentages %	naar 100%
Helemaal eens	12	10.7	13.6
Eens	63	56.2	71.6
Geen mening	12	10.7	13.6
Oneens	1	0.9	1.1
Helemaal oneens	-	-	-
Missing	24	21.4	-
Totaal	112	100	100

L. Mijn situatie is verbeterd na contact met het Steunpunt en ik ben tevreden over het bereikte resultaat.

	aantal	percentages %	naar 100%
Helemaal eens	5	4.5	5.7
Eens	48	42.9	55.2
Geen mening	31	27.7	35.6
Oneens	3	2.7	3.4
Helemaal oneens	-	-	-
Missing	25	22.3	-
Totaal	112	100	100

Diensten & afronding

20. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van de informatie en adviesfunctie van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? (b.v. telefonische vragen over voorzieningen en regelingen)

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	2	1.8	2.3
Min of meer tevreden	12	10.7	14.0
Tevreden	62	55.4	72.1
Zeer tevreden	10	8.9	11.6
Missing	26	23.2	-
Totaal	112	100	100

21. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van de individuele begeleiding van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? (b.v. huisbezoek m.b.t. regelzaken of emotionele ondersteuning)

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	1	0.9	1.4
Min of meer tevreden	13	11.6	18.6
Tevreden	50	44.6	71.4
Zeer tevreden	6	5.4	8.6
Missing	42	37.5	-
Totaal	112	100	100

22. Indien u reeds gebruik heeft gemaakt van ondersteuning in groepsverband, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? (b.v. cursussen of gespreksgroepen voor lotgenoten)

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	1	0.9	2.3
Min of meer tevreden	5	4.5	11.4
Tevreden	31	27.7	70.5
Zeer tevreden	7	6.2	15.9
Missing	68	60.7	-
Totaal	112	100	100

23. Indien u reeds deelgenomen heeft aan ontspanningsbijeenkomsten van het Steunpunt, hoe tevreden was u over deze dienstverlening? (b.v. inlooptagen, Dag van de Mantelzorg)

	aantal	percentages %	naar 100%
Totaal niet tevreden	-	-	-
Niet tevreden	-	-	-
Min of meer tevreden	9	8.0	11.8
Tevreden	52	46.4	68.4
Zeer tevreden	15	13.4	19.7
Missing	36	32.1	-
Totaal	112	100	100

24. Wat is uw algemene waardering voor de diensten en afronding van het Steunpunt.

	aantal	percentages %	naar 100%
Onvoldoende, op veel punten is verbetering nodig	-	-	-
Matig, op enkele punten is verbetering nodig	4	3.6	5.1
Voldoende, de meeste zaken verlopen naar wens	62	55.4	79.5
Goed, er is nauwelijks verbetering nodig	12	10.7	15.4
Missing	34	30.4	-
Totaal	112	100	100

Klachten & verbetering

25. Hebt u wel eens een klacht willen indienen bij het Steunpunt?

	aantal	percentages %	naar 100%
ja	4	3.6	4.4
nee	86	76.8	95.6
Missing	22	19.6	-
Totaal	112	100	100

26. Welk rapportcijfer zou u momenteel geven aan het Steunpunt?

Gemiddelde rapportcijfer: 7.5



Bijlagen

De papieren tijger





Bijlagen

Beoordeling opdrachtgever C.Crutzen